

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N° 245

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René COULON

Ancien Aide d'Anatomie de l'École de Médecine de Caen

Ancien Interne des Hôpitaux de Caen

Né à Poitiers, le 27 mars 1887

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SARCOME PRIMITIF DU VAGIN
CHEZ L'ADULTE

Président : M. POZZI, professeur

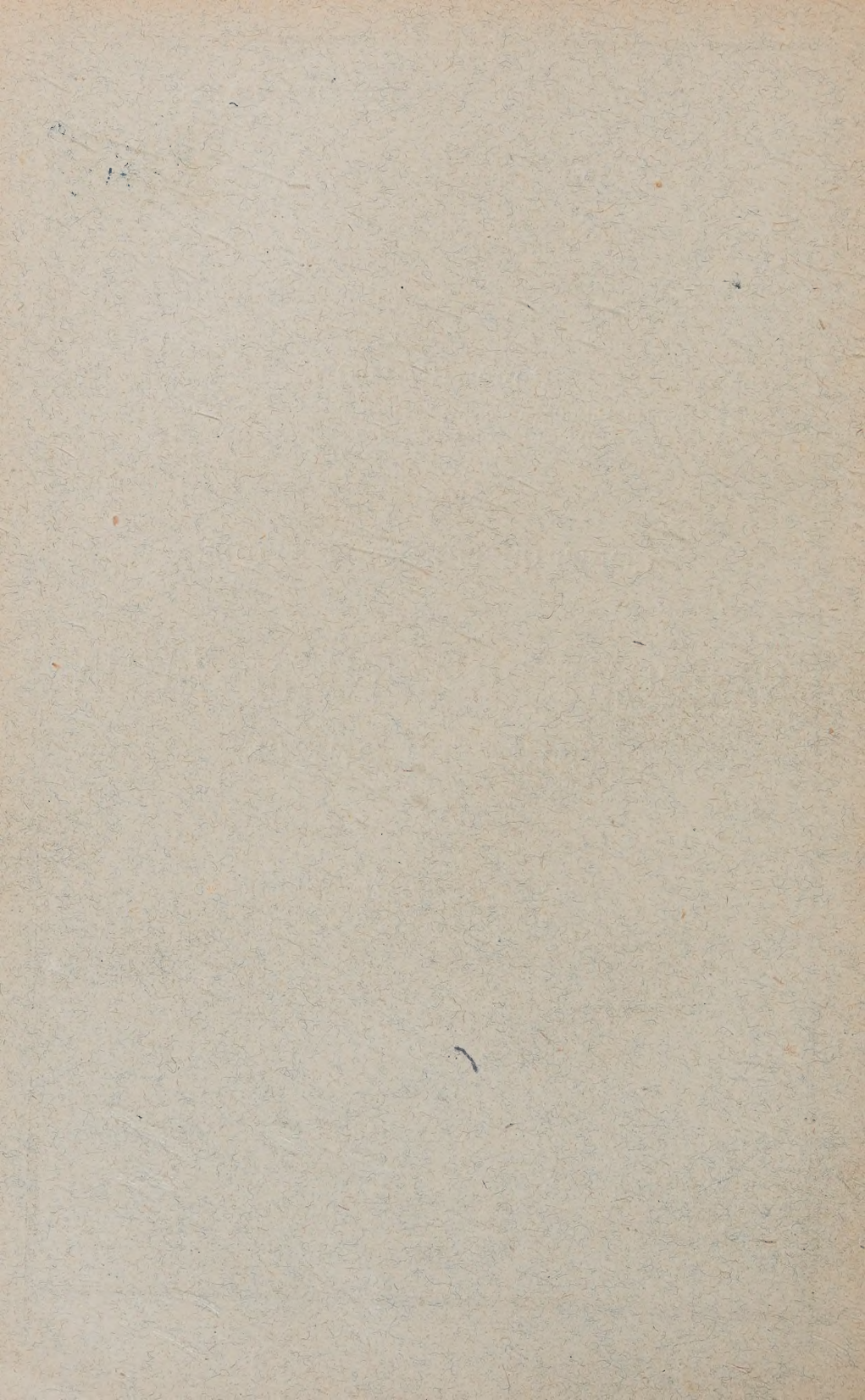
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1911



245

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René COULON

Ancien Aide d'Anatomie de l'École de Médecine de Caen

Ancien Interne des Hôpitaux de Caen

Né à Poitiers, le 27 mars 1887

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SARCOME PRIMITIF DU VAGIN

CHEZ L'ADULTE



Président : M. POZZI, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René COULON

Ancien Aide d'Anatomie de l'École de Médecine de Caen

Ancien Interne des Hôpitaux de Caen

Né à Poitiers, le 27 mars 1887

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SARCOME PRIMITIF DU VAGIN

CHEZ L'ADULTE



Président : M. POZZI, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

A GRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection, de dévouement et de reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUVRAY

Directeur honoraire de l'École de Médecine de Caen
Professeur honoraire de Clinique interne
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIDON

Directeur de l'École de Médecine de Caen
Professeur d'Anatomie
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

C'est à M. le Dr Bender, chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris, que nous devons l'inspiration de notre thèse. Nous le prions de bien vouloir accepter tous nos remerciements pour l'extrême obligeance avec laquelle il nous a aidé dans nos recherches et dans l'élaboration de ce travail.

Nous tenons à exprimer tout spécialement notre gratitude à M. le Dr Vallée (de Moret), pour l'observation si intéressante qu'il a recueillie dans sa clientèle et qu'il a eu l'amabilité de mettre à notre disposition. Qu'il nous soit permis de le remercier ici bien sincèrement des bons conseils que sa solide compétence lui a permis de nous prodiguer, et de l'intérêt constant avec lequel il a bien voulu diriger nos premiers pas au milieu des difficultés de la pratique médicale.

Nous ne saurions oublier dans notre reconnaissance nos maîtres de l'École de Médecine de Caen, dont l'enseignement nous a été si précieux au début de nos études médicales, ainsi que MM. les profes-

seurs de la Faculté de Paris pour la sympathie qu'il nous ont toujours témoignée.

Nous adressons nos meilleurs remerciements à M. le professeur Pozzi pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale, et pour l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
SARCOME PRIMITIF DU VAGIN
CHEZ L'ADULTE

HISTORIQUE

Contrairement à l'utérus, le vagin est rarement le siège de tumeurs malignes primitives, et les sarcomes sont tout particulièrement rares chez la femme adulte.

Jusqu'à ces derniers temps, le sarcome primitif du vagin était regardé, du moins en France, comme étant d'une extrême rareté, et nos grands traités de chirurgie ne lui consacraient que quelques lignes.

C'est W.-J. Good, en 1891, qui fut le premier à rassembler les quelques observations éparses dans la littérature médicale ; il ne trouva que 12 cas de sarcomes chez la femme adulte. En 1894, Pick recueille 17 cas de sarcomes chez des enfants et des jeunes filles.

Puis, H. Braun, dans sa thèse inaugurale en 1896, et Veit, dans son *Traité de Gynécologie* (en 1897), continuent les recherches commencées par Good. Veit trouve 30 cas chez des femmes de plus de quinze ans, et parmi lesquels figurent les 17 cas de Pick.

Petit à petit s'ajoutèrent les observations de G. Gatti, de Parona, de Joug, de Rubeska (1896),

d'Alglave et Milian (1898), de Morestin (1898 et 1900), de Schwartz (1900), d'Orloff (1900), de Rollin (1905). On trouvera, en outre, au début de notre recueil d'observations, un cas récent et absolument inédit que nous nous empressons de porter à la connaissance du corps médical.

Après avoir fait ce court historique sur les travaux que cette question a suscités à l'étranger et auxquels nous pourrions encore joindre ceux de Horn, de Münz, de Orloff, nous mentionnerons les études qui viennent d'être faites en France sur les sarcomes du vagin au cours de ces dernières années; c'est d'elles que nous nous sommes inspiré pour rappeler les caractères anatomiques et cliniques de ces tumeurs malignes. En 1905, à l'occasion d'un cas qu'il vient d'observer, Rollin fait paraître dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, un travail très complet sur cette question. De 1905 à 1907 paraît le *Traité de Gynécologie clinique et opératoire* par M. Pozzi; c'est là le premier traité classique français qui consacre un article détaillé au sarcome du vagin.

L'âge auquel peut apparaître cette affection est absolument variable, ainsi que l'a fait observer le professeur Le Dentu, dans une de ses leçons de clinique chirurgicale (1904). « Le sarcome du vagin, dit-il, peut se montrer depuis la plus tendre enfance jusqu'à l'âge le plus reculé. »

Rollin, dans sa thèse de 1905, a d'ailleurs fait un classement d'ensemble assez précis des âges donnés par les différents auteurs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les sarcomes se développent aux dépens de la couche conjonctivo-musculaire du vagin, plus spécialement aux dépens du tissu conjonctif sous-muqueux, et ont pour caractéristique d'être composés de cellules conjonctives embryonnaires de formes diverses, arrondies, fusiformes ou étoilées, entourées de tissu muqueux en plus ou moins grande quantité. La prédominance de ce dernier formera une nouvelle variété, le *myxome*, très rare dans le vagin, où il s'agit presque toujours de sarcome pur ou de myxosarcome. La transformation myxomateuse complète a été observée; nous avons pu retrouver un cas dû à A. Ivor Thomas (1) et se rapportant à un myxome pur du vagin chez une petite fille de vingt et un mois.

Examen macroscopique. — Le sarcome primitif du vagin de l'adulte peu se montrer sous deux formes : circonscrite et d'infiltration diffuse.

Dans la forme circonscrite, la tumeur a l'aspect arrondi, ferme, résistant, ordinairement sessile, mais quelquefois rattaché à la paroi du vagin par un étroit pédicule, sans pour cela se présenter sous

1. A. Ivor Thomas, *Brit. med. Journ.*, 16 oct. 1897, p. 1088.

forme de polype à l'orifice vulvaire. Elle est le plus souvent unique, mais plusieurs noyaux ont été rencontrés dans quelques cas. Le volume d'une noix représente sa grosseur habituelle, mais elle peut s'accroître très rapidement et arriver au volume d'un œuf de dinde ou d'une tête de fœtus.

Au début, la tumeur est recouverte par la muqueuse vaginale tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié intact et qui semble avoir été refoulé par la masse sarcomateuse, dont la surface est légèrement vallonnée, mais nulle part d'aspect polypeux, à mamelons multiples ou en grappes de raisin, comme chez l'enfant, même lorsque la tumeur existe depuis longtemps.

Souvent les sarcomes s'enveloppent d'une capsule conjonctive qui les isole pendant une période plus ou moins longue.

L'ulcération de leur surface survient plus ou moins tôt, mais toujours sous forme de surfaces sanieuses, avec de nombreux foyers hémorragiques, qui saignent au moindre contact.

Dans d'autres cas, qui représentent la seconde variété de cette affection, le sarcome n'affecte pas la forme de tumeur, mais revêt le type anatomo-clinique d'infiltration diffuse de la paroi vaginale pouvant prendre, au cours de son développement, la forme d'un anneau, obstruant ainsi plus ou moins la lumière du conduit vaginal.

La tumeur primitive siège indifféremment à la paroi antérieure ou à la paroi postérieure, ce qui la

distingue encore du sarcome de l'enfance ; mais elle affectionne d'ordinaire le tiers inférieur du canal vaginal. Nous avons vu que le sarcome se présentait le plus souvent sous forme de tumeur unique ; on a cependant rencontré des cas de tumeurs multiples, sans qu'on pût aisément distinguer s'il s'agissait de tumeurs métastatiques ou primitives simultanées.

Quoi qu'il en soit, les sarcomes de l'adulte restent plus longtemps et même définitivement localisés en un point du vagin, et ce défaut d'extension locale les sépare encore des sarcomes de l'enfance, qui s'étendent facilement et vite, d'abord sur la muqueuse, puis dans la profondeur des parois vaginales.

A l'encontre du cancer, le sarcome s'étend rarement aux organes voisins et l'envahissement du rectum et de la vessie est très rare ; le péritoine pelvien est également respecté. Par contre, les sarcomes de l'adulte peuvent faire des métastases et se généraliser dans les points les plus éloignés, et il n'est pas rare de trouver des noyaux secondaires dans les poumons, dans la peau, etc... ; à ce point de vue, les sarcomes de l'enfant et de l'adulte se séparent encore ; dans les premiers les métastases sont locales ; dans les secondes elles se font à distance.

Examen microscopique. — A ce sujet, rien de bien spécial, qui ne puisse être dit à propos de toute espèce de sarcome. Il s'agit de sarcomes globos ou fuso-cellulaires, où les tractus des cellules fusiformes dessinent un réseau serré, rempli de cellules rondes. L'aspect myxomateux a été noté dans

beaucoup de tumeurs, et des cellules géantes ont été rencontrées en certains points des coupes.

On a vu d'autres fois du tissu musculaire strié, qui a pu faire classer ainsi les tumeurs constituées dans le cadre des rhabdomyomes. Seyfert en a rapporté un cas (rhabdomyome myxomateux) ; mais il semble que ce tissu ne se rencontre que dans certaines tumeurs développées à un âge assez rapproché de l'enfance, dans les sarcomes que certains auteurs ont voulu voir comme étant des formes de transition ; il s'agissait ordinairement de jeunes filles de quinze à dix-sept ans. Quoiqu'il en soit, on ne doit peut-être pas rejeter l'idée qu'il s'agit ici de sarcomes appartenant à l'enfance, et n'ayant pris leur développement et leur activité qu'à l'âge de la puberté, au moment où les modifications physiologiques dans la sphère génitale peuvent montrer les raisons de l'évolution rapide d'une néoplasie restée jusque-là latente.

Remarquons maintenant que ces tumeurs chez l'adulte sont caractérisées par un développement vasculaire excessif, et que les ectasies vasculaires et les hémorragies interstitielles y sont de règle. Par transformation du pigment sanguin, le tissu de la tumeur prend une coloration noirâtre, qui rend possible l'idée que l'on a affaire à un mélano-sarcome. Cette pigmentation rencontrée fréquemment ne peut faire classer ces tumeurs dans le groupe des tumeurs mélaniques ; il s'agirait simplement de sarcomes pigmentés, M. Cornil a fait observer, à propos du

cas de M. Morestin, que ces teintes sombres, ces pigmentations du tissu néoplasique se produisent assez facilement dans les tumeurs de cet ordre, développées dans l'appareil génital féminin.

Cependant, trois cas authentiques de mélanosarcomes existeraient dans la littérature ; ils appartiennent à Horn, à Münz et à Parona.

L'abondance des vaisseaux, les capillaires de nouvelle formation qu'on trouve dans ces tumeurs expliquent bien la confluence des petits foyers hémorragiques. La coupe a l'aspect du tissu caverneux et la coloration du tissu de la rate ; certains auteurs ont voulu classer ces tumeurs à développement vasculaire considérable et qui avaient été la cause d'hémorragies abondantes dans la catégories des sarcomes angio-plastiques et télangiectasiques. A l'examen d'une coupe, on peut voir une multitude de cavités vides ou remplies de sang, ovalaires ou allongées, paraissant dépourvues de paroi propre et comme creusées dans la tumeur, ou présentant en quelques endroits une petite bordure endothéliale ; elles sont accompagnées d'infarctus cellulaires et d'une infiltration générale des cellules.

La dilatation des vaisseaux néoformés est parfois si considérable que certains d'entre eux paraissent quelquefois avoir éclaté et laissé leur contenu se déverser à la surface ; en d'autres points, les vaisseaux sont si nombreux qu'on dirait un tissu caverneux.

Dans leur intérieur, comme aussi dans l'épaisseur des caillots sanguins, on peut voir une quantité

énorme de leucocytes polynucléaires et des lymphocytes, qui se retrouvent dans le tissu même de la tumeur, à côté des cellules sarcomateuses.

S'agit-il vraiment de sarcomes angioplastiques ? Les cas en sont rares : Veit n'en cite que 2 sur 30 observations de sarcomes du vagin chez l'adulte ; Franke, Iung en ont rapporté chacun un cas ; la malade de Polaillon aurait été atteinte de sarcome télangiectasique du vagin ; quant au cas de Schwartz que les auteurs ont reproduit comme un exemple typique de cette variété, il doit en être complètement séparé. R. Marie, après un premier examen histologique, l'avait étiqueté sarcome angioplastique, à cause des dilatations vasculaires et des néoformations capillaires abondantes ; mais après une nouvelle et récente série d'examens, il y a découvert des éléments qui imposent pour cette tumeur le diagnostic de chorio-épithéliome du vagin. N'en serait-il pas ainsi pour un grand nombre de tumeurs angio-sarcomateuses dont le diagnostic est d'ailleurs des plus délicats ?

Il en est de même pour les cas de fibro-sarcomes, dus à la dégénérescence d'un fibrome du vagin ; cette forme n'est pas facile à diagnostiquer, quand la dégénérescence sarcomateuse est avancée ; il faudrait pour cela la saisir à ses débuts par l'examen histologique. Dans une observation de Caruso, le diagnostic microscopique lui-même était des plus difficiles ; la tumeur avait, suivant les endroits, les caractères du fibro-sarcome réticulaire ou de l'endo-

thélium lymphatique ou du lympho-angio-sarcome plexiforme.

L'examen demandera d'autant plus de soins que nous n'ignorons pas qu'il est possible, même anatomiquement, de confondre un sarcome avec une tumeur fibreuse enflammée, constituée par du tissu embryonnaire.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous diviserons cette étude symptomatologique en symptômes fonctionnels et en symptômes physiques.

Les signes les plus précoces que l'on trouve d'ailleurs notés dans la plupart des observations, sont les *hémorragies* et la *sortie de la tumeur* par l'orifice vaginal ; la fréquence de ce dernier signe se comprend par ce fait que la tumeur est située presque invariablement sur le tiers inférieur de la paroi vaginale.

Symptômes fonctionnels. — Les *hémorragies* peuvent être très variables ; tantôt, mais rarement, elles sont de faible abondance et de courte durée (Morestin), tantôt au contraire, il s'agit d'hémorragies profuses, souvent mortelles par leur répétition et par leur abondance (Alglave et Milian, Langton, Steinthal, Sammons).

D'autres fois, comme dans notre cas, c'est un écoulement rosé ininterrompu pendant des mois, ou bien encore un liquide séro-gommeux, empesant le linge, et même dans certains cas, tout comme dans

le cancer, un écoulement ichoreux, sanguinolent, fétide.

La douleur n'est pas un symptôme fréquent ; elle n'apparaît ordinairement que d'une façon tardive et coïncide avec la réplétion et la distension du vagin par la tumeur ainsi qu'avec la rétention d'urine.

La *rétention d'urine*, ainsi que la *constipation* prennent plutôt rang parmi les complications ; ces deux phénomènes sont causés par la compression de la tumeur vaginale — alors de volume relativement considérable — au niveau du col de la vessie, de l'urètre et du rectum. On peut voir toutefois la rétention d'urine causée par le développement initial du sarcome au niveau de la cloison uréthro-vaginale et à la propagation du processus embryonnaire dans les tissus péri-urétraux.

Signes physiques. — Parfois la tumeur peut apparaître à travers l'orifice vulvaire, mais ce cas se rencontre rarement, elle est alors rattachée à la paroi du vagin par un étroit pédicule. Elle présente alors l'aspect d'un polype plus ou moins sphacélé ; elle peut être dans certains cas atteinte de gangrène par oblitération des vaisseaux du pédicule et déterminer des hémorragies.

Mais dans la grande majorité des cas, le sarcome ne fait pas saillie au-dehors, et l'on doit faire le toucher vaginal afin de connaître sa disposition, son étendue ; l'on pourra ainsi se rendre compte de l'inté-

grité des organes voisins, et discuter ainsi l'opportunité d'une intervention.

Le volume du sarcome est ordinairement intermédiaire entre celui d'une noix et celui d'une pomme ; sa consistance est ordinairement dure à moins que toutefois l'élément myxomateux ne lui donne une mollesse particulière.

La tumeur est ordinairement lisse, à peine bosselée, mais ne présente pas l'aspect polypeux ni en grappe de raisin. Le sarcome primitif du vagin chez l'adulte siège indifféremment sur la paroi antérieure et sur la paroi postérieure, tandis que chez l'enfant c'est au niveau de la paroi antérieure qu'on le rencontre presque toujours. En tout cas, la tumeur se développe d'ordinaire dans le tiers inférieur du vagin.

Il s'agit le plus souvent d'une tumeur unique, « on a cependant rencontré des cas de tumeurs multiples, sans qu'on puisse aisément distinguer s'il s'agissait de tumeurs métastatiques ou primitives simultanées ». Quoi qu'il en soit, les sarcomes de l'adulte restent plus longtemps localisés en un point du vagin, et ce défaut d'extension locale les sépare des sarcomes de l'enfance qui s'étendent facilement et vite, d'abord sur la muqueuse, puis dans la profondeur des parois vaginales. La généralisation au rectum, à la vessie et au péritoine pelvien est ordinairement rare. Mais, par contre, il se produit des métastases dans les points les plus éloignés, par exemple dans les poumons et dans la peau.

Le toucher vaginal provoque fréquemment de vives douleurs et à plus forte raison l'introduction du spéculum.

A l'examen au spéculum, on constate que la tumeur est recouverte d'une muqueuse de coloration rosée, violacée ou noirâtre. Elle est le plus souvent le siège d'une ulcération couverte de détritux sphacéliques et saignant facilement.

État général. --- Pendant les premières périodes de l'affection, l'état général n'est pour ainsi dire pas modifié, mais à mesure que les hémorragies se répètent et que les douleurs s'accroissent, la malade s'affaiblit. Bientôt, la tumeur progressant, la cachexie apparaît comme dans toute affection néoplasique ; l'amaigrissement est ordinairement moins considérable que dans le cas d'épithélioma, la malade étant enlevée rapidement par infection, par hémorragies répétées, ou par la production des métastases dans le foie et le poulmon.

DIAGNOSTIC

Les symptômes fonctionnels, quels que soient l'ordre de leur apparition, leur intensité, leur durée, se retrouvent à peu près constamment dans l'évolution de toutes les tumeurs du vagin : hémorragies vaginales, écoulements variés, leucorrhéiques, muco-sanguinolents, purulents ou fétides, douleurs, troubles de voisinage diversement associés ; en outre, ils ne permettent jamais d'augurer de la nature de l'affection qui en est la cause ; le toucher vaginal et rectal, l'examen au spéculum, tout cela méthodiquement pratiqué permet le plus souvent de se faire une idée précise de la tumeur observée ; mais dans un certain nombre de cas, l'examen histologique deviendra indispensable pour compléter un diagnostic hésitant ou incomplet.

Le vagin est un organe très tolérant à l'égard des tumeurs, comme il l'est d'ailleurs pour les corps étrangers, et c'est assez rarement que l'on pourra surprendre les néoplasies à leur début ; leur évolution est déjà avancée quand les malades consultent, ou c'est par hasard, à l'occasion d'un tout autre état pathologique, que l'examen génital, qu'on doit pra-

tiquer chez toute femme malade, révèle leur existence. Tel n'est pas le cas de la malade qui fait le sujet de notre observation I ; cette femme est en effet venue consulter en avril 1910 pour un écoulement vaginal sanguinolent, datant du mois de janvier précédent et se manifestant depuis d'une façon régulière comme des époques.

Lors donc qu'on se trouve en présence d'une tumeur à siège vaginal, le premier point à élucider est de déterminer si cette tumeur appartient bien au vagin. Quant au diagnostic de la nature de l'affection, on devra l'envisager différemment, suivant le siège et l'aspect extérieur de la tumeur qui peut faire saillie hors la vulve, être contenue dans le canal vaginal, être ou non ulcérée.

a) *S'agit-il d'une tumeur du vagin ?* On sait très bien que les corps étrangers introduits dans le vagin peuvent s'incruster de sels calcaires et s'entourer d'une zone végétante formée par la muqueuse, qui peut s'ulcérer ; la masse ainsi constituée peut très bien en imposer pour une tumeur fibreuse ou sarcomateuse ou encore prendre l'aspect d'une tumeur maligne. M^{me} Boivin et Dugès ont vu une éponge incrustée de sels calcaires et entourée par les parois vaginales boursouflées et fongueuses. Dupuytren rapporte l'observation d'une opération qu'il dut pratiquer pour extraire un pot de pommade de l'intérieur de productions bourgeonnantes du cul-de-sac vaginal postérieur.

Dans le même ordre de faits, nous devons

signaler les cas où un calcul urinaire se sera développé dans le vagin et y sera saillie au point de simuler une tumeur de ce conduit. Griffaut en a rapporté une intéressante observation, où un calcul s'était formé directement dans le vagin, aux dépens d'une urine fortement calcaire, filtrant depuis six ans à travers une fistule vésico-vaginale. Chéron a observé le cas d'un volumineux calcul développé dans un kyste du vagin ouvert dans l'urètre, et à ce propos fait remarquer que les faits ne sont pas absolument rares de calculs accumulés dans la poche d'une urétrocèle ou d'un kyste communiquant avec le canal, et faisant saillie à la paroi vaginale antérieure, où ils forment une pseudo-tumeur du vagin. Le Dr F. Labadie-Lagrave a, en effet, observé un cas, où un calcul urétral, saillant dans le vagin, avait pu faire penser à un fibrome de ce conduit.

L'examen méthodique de l'urètre, au moyen d'une sonde métallique, les troubles urinaires, la coexistence observée d'une fistule uréthro-vaginale permettront le diagnostic de cette variété de calculs à évolution vaginale.

Des tumeurs du rectum ou de la vessie peuvent proéminer dans la cavité du vagin et faire croire à une tumeur de cet organe. Certaines néoplasies vaginales ont été confondues avec des cas de rectocèle, de cystocèle ; ce sont principalement celles qui, insérées sur les parois antérieures et postérieures, font une légère saillie à l'extérieur ; mais si l'on essaie de refouler le pseudo-prolapsus formé par

une tumeur vaginale, on éprouve une résistance inusitée dans les cas de rectocèle ou de cystocèle ; il lui suffit alors de faire le toucher rectal ou le cathétérisme combiné au toucher vaginal pour apprécier le volume, la forme, la consistance de la tumeur, et faire rejeter l'hypothèse de prolapsus du vagin.

Un *prolapsus utérin* complet peut ressembler à s'y méprendre à certaines tumeurs du vagin, principalement à quelques variétés de fibromyomes. L'aspect, la consistance, les modifications de la muqueuse paraissent identiques ; aussi le diagnostic a-t-il été parfois erroné, la tumeur réduite et un pessaire appliqué. Toutefois si la tumeur n'est pas très volumineuse, on peut suivre son pédicule dans le vagin et sentir l'utérus à sa place normale.

Il en sera de même dans les cas du *polype de l'utérus* que l'on différenciera d'une tumeur vaginale, en reconnaissant son point d'attache et ses connexions ; de même, s'il s'agit d'*inversion utérine*.

Il faut aussi éliminer les fibromes utérins sous-séreux pédiculés, ayant dédoublé la cloison recto-vaginale. Le diagnostic reste facile tant que persiste l'union de ces tumeurs avec l'utérus ; mais il n'en est plus de même quand il y a rupture du pédicule ou énucléation.

b) *La tumeur est vaginale*. — 1° *Elle n'est pas ulcérée*. — Le diagnostic est à faire avec les kystes du vagin, les abcès vaginaux, les thrombus, les varices thrombosées, les gommès non ulcérées du vagin, le

mycosis fongoïde du vagin, les lipomes, papillomes, fibromyomes, épithéliomes et chorio-épithéliomes.

Les kystes du vagin s'établissent plus silencieusement, sont indolores, mous et fluctuants. Leur contenu est formé par un liquide incolore, filant, visqueux, transparent. Le professeur Pozzi en a vu de teinte sucre d'orge. Le microscope y décèle la présence de cellules épithéliales à divers degrés d'altération.

Les abcès vaginaux à marche chronique évoluent lentement et sans douleur, sous la forme de tuméfaction de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule, dures, résistantes, peu fluctuantes et ne se modifiant pas par la pression (Calavassy).

Le thrombus forme une tumeur de la grosseur d'une amande à celle d'un petit œuf, violacée, plus ou moins fluctuante. Il apparaît brusquement sur la paroi postérieure du vagin et coïncide avec des varices vulvaires. On en a observé quelques cas pendant la grossesse (Budin, Johannowski, Laviot, Auvard). La tumeur peut aussi être dure par accumulation de caillots ou commencement de transformation fibreuse.

La thrombose des varices se produit au milieu de phénomènes inflammatoires et douloureux, il donne rarement lieu à des hémorragies abondantes ; la notion d'une môle, d'un avortement ou d'un accouchement récent est une présomption sérieuse en faveur de cette tumeur.

La gomme du vagin non encore ulcérée est rare ;

dans le cas de doute, il faut instituer le traitement spécifique. Et tous cas, rechercher toujours la coexistence d'autres lésions syphilitiques.

Le mycosis fongoïde est très rare (1 cas de Smith *Note upon a case of mycosis vaginæ* [*Medical News*, juin 1903, p. 1204]). Cette tumeur débute par des plaques rouges saillantes, avec épaissement et infiltration des parties voisines. Elle est en moyenne de la grosseur d'une noix ; elle est mobile, ferme, élastique, de coloration sombre.

Les lipomes, rares, sont mobiles, mous, lobulés ; la muqueuse est intacte à leur niveau.

Les papillomes siègent à la partie inférieure du vagin ; ce sont de petites végétations multiples, arrondies, sessiles ou pédiculées, plus ou moins foncées, pouvant acquérir le développement de véritables masses polypeuses. Ces végétations sont molles et saignent très facilement. Elles coïncident le plus souvent avec la grossesse et disparaissent avec elles.

Les fibromyomes seront assez facilement reconnus par l'examen direct, lorsque la tumeur n'est pas tellement volumineuse qu'on ne puisse la circonscrire et en reconnaître les limites. Leur résistance spéciale, leur mobilité sur les tissus voisins, leur développement de prédilection sur la paroi antérieure, et chez des femmes jeunes, de trente à quarante ans, enfin la lenteur de leur évolution, seront autant de données pour le diagnostic.

L'épithélioma non ulcéré présente des plaques indur-

rées, végétantes, irrégulières, bosselées, noueuses, adhérentes à la muqueuse, plus tard aux plans profonds ; on voit aussi des nodules isolés et rapidement confluents. La tumeur se développe chez une femme âgée, sur la paroi vaginale postérieure ; elle est douloureuse, s'accompagne d'hémorragies, les ganglions sont envahis. La marche de l'affection est rapide et la cachexie précoce.

Dans le cas de chorio-épithéliomes, c'est par un interrogatoire minutieux, concernant le passé génital de la malade, qui révélera une môle, un accouchement ou un avortement récent, sur l'existence d'une tumeur bosselée, molle, rouge, sur l'existence d'hémorragies vaginales que le diagnostic vaginal pourra être posé. Il ne faut pas manquer toutefois de faire systématiquement l'examen histologique.

Bref, les sarcomes primitifs du vagin chez l'adulte représentent une des tumeurs les plus rarement observées. On devra y penser, toutefois, en présence d'une tumeur vaginale survenant chez une femme au-dessous de quarante ans, tumeur sessile ou pédiculée, à siège indifférent, de teinte sombre noirâtre, s'accompagnant d'abondantes hémorragies, évoluant vite et donnant des métastases viscérales dans l'appareil pleuro-pulmonaire et lymphatique.

2° *La tumeur vaginale est ulcérée.* — Les ulcérations des sarcomes sont généralement assez tardives ; mais, quand elles apparaissent, elles prennent une rapide extension, reposent sur une large base ulcérée, de consistance homogène, saignent abondamment

et ont une grande tendance envahissante. Elles sont assez régulières, arrondies, à bords mous et amincis, décollés et présentent un fond bourgeonnant pouvant former un véritable fongus.

Les vaginites simples ou blennorragiques peuvent s'accompagner d'ulcérations par macération ; ce sont des érosions inflammatoires superficielles disparaissant avec la maladie qui leur a donné naissance.

L'ulcération du chancre mou est circulaire, c'est d'après Fournier « une exulcération qui effleure le derme sans l'entamer ». Bientôt elle s'étend en surface, son fond s'excave, se recouvre d'un liquide purulent ou d'une fausse membrane diphtéroïde grise ou jaunâtre, très adhérente, avec les bords taillés à pic ou un peu décollés. Son évolution est rapide, son inoculabilité faible ; elle s'accompagne d'ulcérations de même nature dans le voisinage (fourchette vulvaire, périnée, anus). L'examen bactériologique met en évidence le bacille de Ducrey.

Le chancre syphilitique du vagin est rare ; Fournier cite 1 cas sur 249. C'est une érosion déprimée, bien circonscrite, indolore, à bords surélevés, se continuant sans ressaut avec le fond de l'érosion, à fond rouge luisant, vernissé et dur, et dont les dimensions ne dépassent guère celles d'une pièce de 1 franc. Il se diagnostique par les accidents secondaires et la poly-adénite inguinale, ainsi que par son évolution rapide.

Les érosions de la syphilis secondaire sont multiples et arrondies, elles sont de plus indolores, sans

réaction inflammatoire et sans sécrétions. Disparition rapide sur l'influence du traitement spécifique.

Les gommés ulcérées du vagin sont très rares ; ce sont des ulcérations arrondies, à bords taillés à pic, à fond inégal, rempli de débris gommeux jaunâtres en voie d'élimination, ou de détritüs sanieux, difficiles à enlever. L'évolution est très lente ; mais comme les lésions premières et secondaires, la guérison s'obtient très rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

Les ulcérations tuberculeuses se rencontrent presque exclusivement dans le vagin de l'enfant. Nous n'en ferons donc pas ici le diagnostic différentiel.

Le cancer primitif du vagin présente des ulcérations qui siègent sur la surface plane, mais en saillie du néoplasme ; elles saignent facilement au moindre contact, produisent une sécrétion fétide et se laissent désagréger aisément par le doigt explorateur. Elles prennent parfois la forme annulaire et autour d'elles la paroi vaginale est plus ou moins infiltrée.

L'ulcération du chorio-épithéliome a des bords amincis, peu nets ; elle est recouverte de caillots sanguins, noirâtres ; elle est le siège d'hémorragies abondantes.

Le diagnostic de ces ulcérations des tumeurs du vagin est parfois difficile ; il ne faut pas se contenter uniquement de l'évolution clinique, il faut avoir recours à la biopsie et à l'examen microscopique.

Quant à la question de savoir si la tumeur est

primitive ou secondaire, il faut s'assurer qu'il n'y a pas de foyer en dehors du vagin et cela par l'examen attentif de l'utérus, par le curettage et l'étude histologique des débris. Il faut, en outre, explorer minutieusement la vessie et le rectum, ainsi que les organes éloignés, car un cancer viscéral à distance peut occasionner des noyaux métastatiques dans le vagin.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Les sarcomes primitifs du vagin ont ordinairement une marche rapide. En outre, dans la majorité des cas, la récurrence se produit d'une façon pour ainsi dire certaine après l'ablation. Tel est aussi l'avis de A. Martin au IV^e Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique tenu à Rome en 1902: « Toutes mes malades, dit-il, ont été atteintes de récurrence, et cependant je suis persuadé d'avoir opéré, tout au moins dans la majorité des cas, en tissus sains. » A part le cas de Rubeska, qui a observé, une survie de onze ans sans récurrence, et celui de Spiegelberg qui est de quatre ans, on a toujours constaté que la tumeur refait son apparition, en moyenne, dans les dix premiers mois qui suivent l'intervention : c'est au bout de trois à cinq semaines dans les cas de Fränkel, de Kaschewarowa, de Langton, de Morestin et de Simmons ; c'est au bout de quatre mois chez les malades de Baiardi et de Herzfeld. L'observation de Langton nous montre une seconde récurrence dix-huit jours après une deuxième extirpation totale de la tumeur ; et l'on a encore observé d'autres cas analogues où l'on a fait plusieurs ablations successives et dans lesquels chaque intervention fut bientôt

suivie d'une nouvelle repullulation des masses sarcomateuses. Ces récidives se font toujours *in situ*, mais des tumeurs secondaires peuvent être rencontrées au niveau des poumons, des plèvres, des ganglions lymphatiques, de la peau, des os du bassin, de la cavité péritonéale.

La durée de la maladie, à dater de l'apparition des premiers symptômes, semble varier d'une façon générale entre six semaines et deux ans. Les hémorragies profuses sont une des causes de mort les plus fréquentes.

L'infection (Kalustow) et la cachexie progressive ont été souvent notées comme accidents terminaux.

On a pu observer chez certaines malades un véritable état typhique (Alglave et Milian) accompagné d'anémie extrême, douleurs et fièvre, le thermomètre montant jusqu'à 40 degrés. Il s'agit là de sarcomes à marche et à généralisation extrêmement rapide.

En outre, le développement de tumeurs secondaires dans l'appareil pulmonaire peut être la raison d'une terminaison fatale à bref délai.

TRAITEMENT

Le traitement médical du sarcome du vagin n'existe pas plus que celui des autres tumeurs (épithéliomes ou chorisépithéliomes). L'intervention est urgente, et l'ablation doit dépasser aussi largement que possible les limites du mal de façon à enlever dans leur totalité les tissus néoplasiques. Autant que faire se peut, le bistouri doit toujours travailler en tissu sain. Nous avons vu plus haut que malgré toutes ces précautions, le résultat obtenu était rarement satisfaisant, et que les récidives survenaient d'une manière pour ainsi dire fatale.

Nous ne donnerons ici que des indications tout à fait générales. Quant au choix du procédé opératoire et à la technique à suivre, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur aux traités de chirurgie et au travail que Rollin a publié dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, en décembre 1905.

Doit-on, ou ne doit-on pas enlever une tumeur vaginale ? C'est par un examen complet, nous dit Rollin, qu'on tranchera la question de l'opérabilité ou non du néoplasme, basée non seulement sur sa forme, son volume, mais surtout sur ses connexions

avec les organes voisins, l'état de ceux-ci. et le degré de résistance de la malade. S'il est en effet facile et peu dangereux d'enlever une tumeur du vagin à ses débuts, chez une femme encore bien portante, il n'en est plus de même en présence de ces tumeurs énormes, distendant le vagin, comprimant les nerfs du bassin, la vessie, le rectum dont elles infiltrent les parois, ayant envahi les zones génitales supérieures et dont l'ablation nécessite des délabrements considérables, qui n'arrivent pas le plus souvent à extirper tout le mal et se terminent ainsi par une opération incomplète.

Si la tumeur est bien limitée et à ses débuts l'extirpation en sera facile mais, si les tissus et les organes voisins sont déjà atteints par le processus néoplasique on peut très bien être conduit à enlever dans leur totalité le vagin, l'utérus, le rectum et même aller à la recherche des masses ganglionnaires.

Si la tumeur est limitée au vagin, la voie vaginale sera la plus naturelle et la plus simple, surtout si le sarcome siège à la partie inférieure de l'organe.

Si l'on veut se donner plus de jour et enlever complètement les parties malades, on pourra s'adresser à la voie périnéale qu'Olshausen a préconisée pour le cancer du vagin et que Labusquière a décrite dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1894

Si la tumeur s'est propagée à l'utérus l'ablation des deux organes s'impose et pourra être effectuée soit par le procédé d'Olshausen, soit par celui de Dührssen. A. Martin et P. Brœse ont opéré par la

voie vaginale, avec succès opératoire immédiat, deux cancers du vagin et de l'utérus, qui n'ont pas présenté de récurrence au bout de neuf mois et de deux ans.

A. Sippel a employé dans un cas de cancer total du vagin un procédé personnel, qui lui a permis de décoller facilement et sans hémorragie tout le vagin. Grâce à son incision au niveau de la fosse ischio-rectale, il a pu extirper tout le néoplasme sans ouvrir le vagin et éviter ainsi l'inoculation de la plaie.

Parfois encore ont été employées les voies abdominale, sacrée et para-sacro-coccygienne. La résection sacrée n'a été que très peu employée et M. Legueu préfère la rejeter et se contenter des moyens palliatifs toutes les fois qu'un néoplasme du vagin s'est étendu à l'utérus, au rectum ou à la vessie.

Dans le cas d'extirpation forcée de la cloison recto-vaginale, Leprévost (du Havre) a préconisé une technique spéciale qui peut rendre dans ces cas d'excellents services.

Si la palpation abdominale ou le toucher rectal profond fait sous chloroforme permet de constater la présence de masses ganglionnaires dans le petit bassin, que doit-on faire? La plupart des auteurs, Péan en particulier, conseillent de ne pas intervenir. Cependant Jonnesco a proposé l'évidement iléo-lombo-pelvien, il s'agit alors d'opérations graves car l'extirpation totale des ganglions présente de grandes difficultés. Le résultat obtenu n'est d'ailleurs pas favorable. Les observations de Schwartz et Le Dentu

entre autres montrent que, même à la suite des interventions en apparence les plus radicales, les récidives se sont montrées en quelques mois, et que la mort est survenue en moins d'un an. Nous avons vu en effet que les cas de survie d'une extrême rareté.

Si une grossesse se développe pendant le cours de l'évolution d'un sarcome, quelle conduite doit-on tenir ?

Si la tumeur est volumineuse, nous dit Rollin, il est indiqué de l'extirper ; si elle est petite, si son volume reste stationnaire, on pourra attendre l'accouchement et intervenir plus tard ; toutefois si la grossesse semble accélérer l'évolution du sarcome, on peut considérer l'intervention comme indispensable. Et cependant, nous inspirant des idées obstétricales modernes, si nous nous trouvons en présence d'une grossesse de six à sept mois, comme le sarcome du vagin a une terminaison totale à brève échéance, l'interruption de la grossesse et l'ablation de la tumeur ne pouvant donner à la mère aucune chance de survie, il vaudrait peut-être mieux laisser la grossesse suivre son cours afin d'obtenir un enfant viable. Là se pose alors la question d'hérédité et de transmission *in utero* de l'affection sarcomateuse ; nous ne croyons que cette hypothèse ait été soulevée, n'ayant pas trouvé, dans les observations que nous avons pu recueillir, de cas de sarcome du vagin coexistant avec une grossesse.

Bailly et Brüchner ont rapporté des observations de ce genre mais se rapportant à des tumeurs non

sarcomateuses, et leurs malades accouchèrent à terme d'enfants vivants. Il nous semble que le cas échéant la même conduite pourrait être suivie. La mère étant condamnée d'une façon comme de l'autre, nous aurions du moins un enfant vivant.

Traitements palliatifs. — Ils ne sont indiqués que lorsque la tumeur est jugée inopérable en raison soit de l'âge de la malade, soit de la cachexie avancée, ou de l'extension de la tumeur aux organes voisins. On devra se contenter alors de grattage à la curette, de cautérisations au thermocautère, préconisées par le professeur Pozzi, ou au chlorure de zinc ; on peut ainsi, pendant quelque temps, arrêter les hémorragies.

La morphine peut être largement administrée dans le cas de douleurs violentes. Le carbure de calcium, l'eau de cannelle paraissent combattre avec efficacité les hémorragies et l'hydrorrhée fétide. Récemment dans des cas d'épithélioma on a utilisé l'action du radium (Salomon, Soc. de Biologie, 29 oct. 1905), et celle des formiates (*Tribune médicale*, 14 janv. 1905), mais ces méthodes sont encore trop nouvelles pour pouvoir être jugées. Il se pourrait que ces traitements et l'emploi des rayons X puissent donner de bons résultats dans les sarcomes du vagin.

Quoi qu'il en soit, on cherchera à lutter par tous les moyens contre ces trois symptômes pénibles et menaçants : hémorragies, écoulements fétides et douleurs.

Bref, nous voyons qu'au début de l'évolution du sarcome primitif du vagin l'intervention est absolument indiquée, et que pour donner au malade le moins de chances à la récurrence elle doit être précoce et large.

OBSERVATION I

Sarcome de la paroi antérieure du vagin (1)

M^{me} N..., âgée de soixante ans, vient à ma consultation le 25 avril 1910. La malade est rentière depuis quatre ou cinq ans; elle était auparavant gérante d'un établissement de bains.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Néant. Elle est veuve depuis longtemps; elle n'a eu qu'un garçon, actuellement marié et père de deux enfants en bonne santé.

Ménopause à cinquante-deux ans (en 1902): elle a présenté à ce moment des troubles de circulation sous forme de varices, pour lesquelles je l'ai consultée à cette époque.

De 1902 à 1910 : rien.

État actuel. — Lorsque la malade vient me consulter en avril 1910, c'est pour un écoulement sanguin vaginal survenu pour la première fois au mois de janvier précédent et

1. Nous reproduisons cette observation telle qu'elle nous a été communiquée par M. le D^r Vallée (de Moret).

qui, depuis, s'est manifesté d'une façon régulière comme des époques. Les caractères en sont ordinaires : le sang est de bonne couleur, sans mauvaise odeur ; la quantité de l'écoulement est plutôt modérée, il survient sans aucune douleur et dure quelques jours.

L'état général de la malade est excellent ; elle n'a pas maigri et pèse à ce moment environ 120 kilos. Il n'existe pas la moindre coloration jaune paille des téguments.

Les fonctions digestives s'accomplissent normalement ; il n'y a pas de constipation.

Pas de troubles urinaires.

L'examen du cœur est négatif.

Je ne pratique pas d'examen local (ni toucher, ni spéculum) et je prescris à la malade de l'Hamamelis.

15 juillet. — Elle revient à ma consultation.

L'écoulement vaginal continue avec sa régularité. A ce moment, il me semble que le teint de la malade est moins bon ; cependant elle n'accuse aucun trouble général. Elle affirme n'avoir pas maigri et pèse 117 kilos.

Je fais un examen des organes génitaux externes et internes : la vulve est normale, le vagin est normal et souple. L'utérus plutôt petit est absolument normal. Les culs-de-sac sont libres et souples. L'application du spéculum se fait sans la moindre difficulté et ne révèle rien. Du côté du méat urinaire : rien. Il n'y a pas de trace de polype.

La malade n'éprouve d'ailleurs *aucune douleur* dans la région.

Je prescris de continuer l'Hamamelis et j'ajoute un peu de valérienate pour calmer l'état nerveux dû à la préoccupation que cause l'écoulement du sang.

15 juillet au 19 octobre. — Je ne vois pas la malade.

19 octobre. — Quand elle revient, toujours pour la même raison, je note une légère modification de son aspect extérieur. Le teint est moins bon et il y a un peu d'amaigrissement. L'écoulement sanguin persiste, *mais il n'y a pas la moindre douleur.*

2 novembre. — La malade me dit que depuis ma dernière consultation l'écoulement ne cesse pas ; sur sa demande je l'examine à niveau. L'application d'un tampon d'ouate hydrophile, au-devant de l'entrée du vagin, révèle un suintement plutôt rosé.

Le toucher vaginal est facile et absolument indolore. L'introduction du spéculum est un peu moins facile qu'en juillet, *il produit dès l'entrée une légère douleur* ; l'examen permet alors de constater que le suintement sanguinolent ne vient pas de l'utérus mais de la *muqueuse vaginale au voisinage de la vulve.*

Le méat urinaire ne présente rien ; la miction est facile.

La malade me dit alors éprouver dans le bas-ventre des douleurs vives dont elle ne précise pas le siège, et qui apparaissent chaque jour deux à trois heures après les repas. Je prescris pour ces douleurs des ovules belladonés, des bains de siège, et des injections que la malade se donne très fréquemment.

L'état général est moins bon.

5 novembre. — Je fais un nouvel examen : *le toucher vaginal est encore possible mais non sans une petite douleur* ; l'introduction du spéculum est impossible, et l'on a la sensation que, pour le faire pénétrer, il faudrait vaincre la résistance d'un anneau peu élastique et très serré.

Le suintement persiste, provenant toujours de l'entrée du vagin.

La cloison uréthro-vaginale est très sensible à la pression : elle est comme épaissie et le doigt a la sensation d'une bosse dure faisant saillie dans le vagin.

12 novembre. — Les *douleurs ont augmenté et sont devenues intolérables*, la malade n'obtient qu'un peu de soulagement avec les bains de siège et les médicaments. Elle a maigri, le teint est presque caractéristique du cancer.

Le *toucher vaginal est très douloureux*, l'introduction du spéculum est impossible. *Le toucher vaginal permet cependant de constater enfin l'existence d'une tuméfaction volumineuse siégeant juste au niveau de la paroi antérieure, ayant son maximum en face de la cloison uréthro vaginale.* Cette tuméfaction fait saillie dans le vagin et se continue sur les côtés sans cependant constituer un anneau complet. *L'urètre est englobé dans la tumeur* qui ne remonte pas d'ailleurs sur toute la hauteur du vagin. Je pense alors à l'existence d'un sarcome primitif.

16 novembre. — La malade vient consulter le Dr Bender qui confirme le diagnostic de sarcome primitif du vagin. La malade pèse à ce moment 106 kilos au lieu de 117 en juillet.

L'opération a lieu le 20 novembre ; la tumeur est enlevée dans sa totalité par la voie vaginale ; le Dr Bender pratique l'ablation de la partie inférieure de l'urètre qui fait partie de la tumeur ; fait glisser la partie supérieure du conduit urétral vers la vulve de façon à constituer un nouveau méat. On met une sonde à demeure.

Les suites opératoires furent bonnes pendant les huit premiers jours. La température axillaire fut de 37°5.

Le premier pansement fut fait le troisième jour ; on fait un lavage de vessie à l'eau bouillie.

La cicatrisation de la ligne de suture se fait par seconde intention avec élimination de petites eschares.

La sonde est enlevée le douzième jour.

La malade maigrit et s'alimente peu.

L'écoulement vaginal est rosé et un peu fétide. Il n'y a pas d'incontinence d'urine.

La température axillaire s'élève à 38°5 le soir. Injections d'eau bouillie et pansement vaginal à la gaze stérilisée.

L'état de la malade va en empirant.

La malade urine peu, environ un demi-litre ; l'urine contient 0 gr. 60 d'albumine par litre. L'écoulement vaginal devient très fétide et je fais des injections d'eau de cannelle, ce qui diminue un peu la fétidité.

Les douleurs réapparaissent dans la région opérée et dans le bas-ventre, nécessitant des injections de morphine.

Il n'y a pas eu de récidence au niveau de la plaie opératoire : on n'a pas constaté de ganglions inguinaux.

La malade meurt le 25 décembre 1910 très amaigrie.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par le Dr Bender.

Il a montré que l'on se trouvait bien en présence d'un sarcome.

OBSERVATION II

(Alglave et Milian. — (Société anatomique,
18 novembre 1898.)

Sarcome télangiectasique du vagin.

Il s'agit d'une forme télangiectasique de sarcome du vagin qui est intéressante par son évolution rapide, ainsi que par les accidents locaux et généraux auxquels elle a donné naissance.

Notre malade, la nommée W..., âgée de cinquante et un ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Polaillon, le 22 octobre dernier. C'est une femme dont les antécédents tant héréditaires que personnels seraient nuls.

Réglée à quinze ans, elle se marie à vingt-cinq ans: elle eut cinq enfants et fit sept fausses couches.

La cause de ses fausses couches nous a échappé, car la malade aurait joui jusqu'à ce jour d'une santé assez satisfaisante et n'aurait pas eu la syphilis.

Elle a toujours été bien réglée.

Les règles ont été seulement un peu troublées au commencement de cette année.

Vers la fin du mois de septembre dernier, la malade s'aperçoit, en faisant des efforts pour aller à la selle, qu'une grosseur de volume d'une petite noix vient faire hernie à la commissure inférieure de la vulve.

Dans les heures qui suivent, cette femme éprouva une sensation de gêne, de pesanteur dans la région du périnée et constate un léger gonflement des lèvres de la vulve.

La tumeur grossissait lentement quand, le 16 octobre,

c'est-à-dire trois semaines après que la malade s'en fut aperçue, elle prit tout à coup un volume inquiétant et se mit à saigner. A ce moment la malade vit qu'il existait à la commissure supérieure de la vulve une seconde tumeur semblable à la première mais moins grosse.

Le sang suintait à la vulve depuis six jours, quand, le 22 octobre, l'hémorragie devenant plus abondante la malade se décida à entrer à l'hôpital dans la soirée. On arrêta l'hémorragie par un tamponnement du vagin.

Le lendemain matin, 23 octobre, la malade paraît très affaiblie, le teint est pâle, les lèvres décolorées, les yeux cernés et ternes, les joues déprimées. Le facies annonce une anémie déjà profonde.

L'inappétence est absolue. La température est à 38°2, le pouls faible, accéléré. Le ventre est un peu ballonné. Il y a de la constipation.

Il n'y a rien au poumon ni au cœur; il n'y a pas d'albumine dans les urines.

L'examen des parties génitales laisse voir deux lèvres vulvaires fortement œdématiées entre lesquelles deux grosses masses font hernie comme le feraient une rectocèle et une cystocèle.

Mais en écartant les lèvres de la vulve l'aspect des deux tumeurs suffirait seul à éliminer l'hypothèse de rectocèle et de cystocèle, si, le toucher rectal d'une part, le cathétérisme de l'urètre d'autre part, ne donnaient pas tout de suite la certitude que ces deux masses sont tout à fait indépendantes du rectum et de la vessie.

De ces deux tumeurs, l'une, du volume d'une grosse mandarine, siège au niveau de la fourchette du vagin et remonte

la paroi postérieure de cet organe sur une hauteur de 6 à 7 centimètres.

La muqueuse qui la recouvre, de coloration encore rosée en quelques endroits, est violacée en d'autres et même d'un gris noirâtre en quelques points où elle paraît comme soulevée par de petites masses secondaires reposant sur la masse principale. Ces noyaux sont comme autant de bourgeons de la tumeur qui repoussent la muqueuse.

Ils ont le volume d'un pois ou d'une petite noisette et la membrane qui les revêt est assez friable pour se laisser déchirer et saigner aussitôt qu'on y touche. La tumeur comprimée en masse pendant quelques instants est partiellement réductible, elle se reconstitue bientôt, si on cesse de comprimer. On a ainsi l'impression d'un néoplasme très vasculaire développé dans la cloison recto-vaginale.

La seconde masse apparente fait saillie dans le méat urinaire, elle s'est constituée dans le tubercule antérieur et le pilier antérieur du vagin. Elle a le volume d'une petite mandarine un peu aplatie toutefois.

La muqueuse qui la recouvre, apparemment saine à la partie antérieure de la tumeur, est noirâtre, d'aspect sphacélique, dans tous les autres points. A peine y touche-t-on que le sang s'en écoule en nappe.

Cette masse néoplasique est partiellement réductible comme la première.

En introduisant le doigt dans le vagin, la douleur que l'on provoque est assez vive, et il faut aller très doucement pour arriver à sentir dans la profondeur et dans la paroi gauche une troisième tumeur du volume d'une noix, plus friable encore que les premières et qui semble s'écraser au moment

où le doigt la heurte. Entre elle et la masse inférieure, il existe aussi, dans la paroi gauche, deux petites ulcérations du diamètre d'une lentille et qui saignent un peu.

Après cet examen, un tamponnement serré du vagin est pratiqué et la malade reçoit trois injections hypodermiques de sérum artificiel de 500 grammes chaque dans la journée.

La nuit du 23 au 24 octobre est très mauvaise, sans sommeil et le matin du 24 la malade est sans force, les lèvres sont fuligineuses, la langue est sèche, comme rôtie. La soif est ardente. La température est à 38°4.

M. Polaillon détache de la tumeur antérieure toute la portion sphacélée et arrête l'hémorragie abondante qui se produit par le pincement en masse et le tamponnement du vagin.

Ces manœuvres, quoique très douces, arrachent des cris de douleur à la malade.

Le soir du 24 octobre la température montre à 40 degrés, il y a quelques douleurs dans les régions malades. L'état général devient de plus en plus inquiétant comme typhique.

On soutient la malade par des injections de sérum artificiel et des boissons alcoolisées.

Le 25 la température est à 38°3, on fait un simple lavage des parties malades et des régions œdématisées avoisinantes.

Le 26, la température est à 38°6.

La tumeur inférieure s'est ouverte d'elle-même, elle s'est crevée et l'on peut en détacher un magma hémorragique et fétide, mais le sang coule abondamment et on ne peut l'arrêter que par des ligatures au catgut pratiquées en chaîne, au travers et à la base de la tumeur.

Dans les heures qui suivent, la malade de plus en plus

faible tombe en syncope, on parvient à la ranimer un peu par une injection intraveineuse de sérum, mais elle meurt dans la soirée.

La mort survenait ainsi cinq semaines après le début apparent de la tumeur, du fait d'une anémie profonde par hémorragie, avec fièvre, douleurs, état typhique dans les derniers jours. Nous ferons remarquer que l'élévation de la température signalée avec certains sarcomes à marche et à généralisation rapides atteignait 40 degrés chez notre malade la veille de la mort et était encore à 38° 6 le matin du jour du décès.

La famille de la malade mit opposition à l'autopsie et nous n'avons pu savoir s'il n'existait pas de noyaux sarcomateux en d'autres points ; nous avons pu seulement enlever le vagin par l'orifice vulvaire.

Nous avons fendu l'organe dans toute la longueur de sa paroi gauche, au-dessus des points malades et nous avons pu étudier macroscopiquement les trois tumeurs et les deux ulcérations diagnostiquées du vivant de la malade.

Ces tumeurs sont très friables à leur surface, plus dures, plus consistantes à leur base.

Elles sont comme cavernueuses à la coupe, mais, tandis que la partie superficielle de la masse néoplasique est formée de mailles assez fragiles, comblées par du sang et de la fibrine, la base est plus dense, blanchâtre d'aspect, avec seulement çà et là quelques petits dépôts hémorragiques.

L'examen histologique de ces tumeurs a été pratiqué par nous dans le laboratoire de M. le professeur Cornil.

M. le professeur Cornil a bien voulu examiner nos coupes et nous donner son avis sur ces tumeurs.

A l'examen d'une coupe pratiquée à la base de la grosse tumeur et vue à un faible grossissement, ce qui frappe tout d'abord, c'est une multitude de cavités vides ou remplies de sang, des hémorragies assez étendues, de véritables infarctus cellulaires dénoncés par leur coloration violette et une infiltration cellulaire abondante générale.

Les cavités sont de formes très variables, les unes ovales, les autres allongées et paraissant dépourvues de paroi propre, comme creusées directement dans la tumeur.

Certaines d'entre elles cependant possèdent une petite bordure épithéliale.

Si la plupart de ces cavités sont vides, cela tient sans doute au fixateur employé (alcool), mais il est certain qu'il s'agit bien là de vaisseaux néoformés et considérablement dilatés car certaines d'entre elles sont bondées de cellules rouges.

La dilatation de ces vaisseaux est d'autant plus grande qu'on approche davantage de la surface de la tumeur et elle est si considérable par place que la bordure a éclaté sous la pression en même temps que le contenu se déversait à la surface.

Il faut noter que dans l'intérieur des vaisseaux gorgés de sang il existe un nombre considérable de leucocytes polynucléaires et un certain nombre de lymphocytes.

Tandis que dans un tissu normal et pour un vaisseau du même calibre on trouverait seulement 5 ou 6 éléments lymphatiques, il en existe ici 250 ou 300.

Certains caillots, situés dans les vaisseaux ou à la surface de la tumeur, sont envahis par de véritables lymphomes constitués par des leucocytes polynucléaires affectant les

formes les plus contournées et les plus étirées. D'autres sont envahis par des cellules sarcomateuses analogues à celles de la profondeur et il est même possible de découvrir à la surface d'un de ces caillots des bourgeons de cellules sarcomateuses.

Cet envahissement par les cellules lymphatiques ne se rencontre pas seulement au niveau des caillots mais dans le tissu même de la tumeur.

En certains points, on y découvre des masses énormes de polynucléaires étirés ou désagrégés que l'on a peine à distinguer du tissu conjonctif de la tumeur.

Le reste de celle-ci est formé par du tissu conjonctif envahi de cellules lymphatiques de tout genre et surtout par un élément caractéristique du sarcome, par de grandes cellules fusiformes, effilées aux deux extrémités, possédant un noyau ovalaire et qui ont des dimensions beaucoup plus grandes que celles que l'on est habitué à rencontrer dans ces sarcomes.

Notons encore que les vaisseaux néoformés présentent en quelques points une multiplication de leur endothélium, ce qui oblitère leur lumière et leur donne l'apparence de cellules géantes.

Cette apparence est encore réalisée par ce fait que la coupe de certains vaisseaux ne présente à peu près que des globules blancs.

L'examen d'une parcelle de tissu recueillie au niveau d'une des petites ulcérations de la paroi gauche du vagin laisse voir des lésions identiques à celles que nous venons de décrire ; la seule différence c'est que sur les bords de l'ulcération on retrouve des traces de la muqueuse vaginale. L'ulcération

elle-même est constituée par l'ouverture d'un vaisseau énormément dilaté.

Autour de l'ulcération, les vaisseaux sont tellement nombreux qu'on dirait presque un tissu caverneux.

Il y a, là aussi, une infiltration lymphatique considérable. On retrouve, avec beaucoup plus de peine, les éléments sarcomateux fusiformes, et le tissu préexistant du vagin n'est pas entièrement détruit, car on retrouve des faisceaux musculaires.

En résumé il s'agit d'un sarcome où l'élément vasculaire domine et où l'on rencontre à la fois des cellules fusiformes et de nombreuses cellules rondes.

OBSERVATION III

(Morestin. — *Bulletin de la Société d'Anatomie de Paris* 3 juin 1898.)

Sarcome de la paroi recto-vaginale.

Les sarcomes du vagin sont tout à fait rares. Je viens d'en observer un exemple sur une vieille fille de Fontenay-aux-Roses. Cette malade est entrée le 7 avril 1898 à l'hôpital Necker, 29. Depuis deux mois, elle avait eu à différentes reprises de petites hémorragies vaginales.

Bien avant l'apparition de ce symptôme, trois ou quatre mois au moins, sa matrice s'échappa entre ses jambes. Cette vieille demoiselle n'avait aucun passé utérin, ni même génital. Elle était vierge encore et avait cessé d'être réglée depuis longtemps. A l'examen de la vulve on voyait une masse arrondie soulevant l'hymen et faisant saillie dans l'orifice agrandi de cette membrane. Cette tumeur, du volume d'une

noix, présentait un aspect noirâtre et une surface exulcérée, couverte de petits détritüs sphacéliques. Au premier abord on aurait cru qu'il s'agissait d'un polype mortifié. L'index doucement introduit dans le vagin permettait de reconnaître que la tumeur, presque exactement sphérique, était implantée sur la face postérieure du vagin par un pédicule assez large, inséré à peu près à mi-hauteur de la cloison recto-vaginale. La consistance en était très ferme, la palpation indolente. A l'aide de petits écarteurs on pouvait voir directement la tumeur et reconnaître que la coloration noirâtre était circonscrite à la partie qui se montrait à l'extérieur. Le reste de la masse était d'un rouge foncé, tirant sur le violet. La muqueuse vaginale intimement adhérente à la partie saillante du néoplasme ne se déplaçait sur lui qu'au voisinage de son point d'implantation.

La tumeur ne faisait en aucune manière saillie dans le rectum, ainsi qu'on pouvait s'en assurer par le toucher rectal, et la muqueuse de cet intestin se laissait facilement déplacer dans la région correspondant au néoplasme. Je pensais à un de ces fibromes pédiculés, comme on en voit quelquefois d'implantés sur les parois du vagin, avec quelques réserves toutefois au sujet d'une tumeur maligne et en particulier d'un sarcome.

L'ablation de la tumeur fut pratiquée le 8 avril. Circonscrit par une incision elliptique, le néoplasme fut assez aisément extirpé. Toute la muqueuse vaginale qui le coiffait fut enlevée en même temps. La dissection de la partie profonde contiguë au rectum fut seule un peu délicate, mais la tumeur paraissait bien limitée de ce côté et put être séparée de l'intestin sans ouverture de ce dernier. La plaie vaginale fut

fermée, comme on avait fait une colporrhaphie. Au huitième jour tout était fini, et la malade, guérie de son intervention, nous quittait le 20 avril.

A la coupe la tumeur présentait une teinte générale d'un blanc grisâtre, avec çà et là des points plus foncés présentant une coloration plus sombre d'un gris presque noirâtre ou encore des teintes d'ocre foncé ou de sépia.

Dans l'ensemble elle formait une masse arrondie, de consistance assez ferme et uniforme. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes, la plupart assez grandes avec plusieurs noyaux. Çà et là de petits foyers hémorragiques, avec des globules sanguins encore reconnaissables.

Un certain nombre de cellules sont chargées de pigment vraisemblablement d'origine sanguine.

Dans la séance du 21 décembre 1900, M. le professeur Morestin donne communication à la Société anatomique de Paris de la suite de l'observation ci-dessus :

Cette malade, M^{lle} Eugénie L..., âgée de cinquante-neuf ans, a eu une première récidive locale constatée vers la fin du mois d'avril 1898. Elle est entrée de nouveau à Necker, salle Lenoir, n° 4 le 7 septembre, et le surlendemain, 9 septembre, a subi une deuxième opération. Il existait alors au niveau de l'ancienne cicatrice un noyau dur, presque aussi gros que la tumeur primitive. La vulve et le vagin étant d'une étroitesse extrême, je dus fendre le périnée pour pouvoir aborder le néoplasme. Il fut alors facile de le saisir, d'en circonscrire la base à l'aide de deux incisions formant

ellipse Le temps le plus malaisé fut naturellement la séparation de cette masse d'avec le rectum.

Je songeai un instant à supprimer le bord inférieur du rectum, ou tout au moins sa paroi antérieure, craignant de ne pouvoir, en conservant cet organe, dépasser suffisamment les limites du tissu néoplasique. Je reculai cependant devant ce sacrifice, ayant simplement constaté que les tuniques rectales semblaient encore respectées. Je terminai donc par la réunion du vagin et du périnée, comme pour une colpo périnéorrhaphie.

Les suites furent simples, la réunion parfaite, et l'opérée au bout de peu de jours put retourner à Fontenay-aux-Roses.

Le reste de l'année se passa bien, mais le 15 mars 1899, je vis la pauvre femme à l'hôpital Saint-Louis. Elle me montra tout d'abord une tumeur située au-dessus de la crête iliaque du côté gauche. Elle était du volume d'un petit œuf, indolente, ferme, mal limitée, située dans l'épaisseur des muscles qui s'insèrent au bord supérieur de l'os iliaque; et je n'hésitai pas un seul instant à la considérer comme un noyau sarcomateux secondaire. L'état général était excellent encore. J'examinai alors le vagin, de ce côté tout était encore en parfait état, aucune saillie anormale, pas d'autre induration que celle qui, répondant à la cicatrice, marquait inégalement la paroi recto-vaginale.

17 mai. — Elle fut admise dans le service de M. Richelat, isolément, n° 40. Il y avait alors outre la tumeur sus-iliaque, une récurrence du côté du vagin, récurrence qui avait marché avec une grande rapidité, car la cloison recto-vaginale semblait envahie pour ainsi dire dans toute la hauteur.

2 juin. — La masse pariétale lombo-iliaque ayant légèrement augmenté, j'en prélevai, après anesthésie cocaïnique, un assez gros fragment, dont l'examen, fait par Milian, confirme absolument l'opinion émise par M. Cornil et par Pilliet au sujet de la tumeur primitive.

Depuis deux jours déjà on avait noté dans l'aîne gauche la présence d'un ganglion tuméfié, gros comme une petite noix, mobile encore et légèrement douloureux. Il était situé tout à fait à la partie interne du triangle de Scarpa, immédiatement au-dessous de l'arcade de Fallope.

La tumeur du vagin remplit bientôt tout ce conduit, en même temps qu'elle faisait dans le rectum une saillie considérable. Elle n'était pas ulcérée du côté de l'intestin, mais obstruait mécaniquement l'ampoule rectale et rendait la défécation très laborieuse.

La masse sarcomateuse sortait de la vulve sous forme d'un gros bouchon grisâtre.

A la surface et autour de ce champignon de vilain aspect suintait un liquide d'une fétidité effroyable.

19 juin. — Pour diminuer cette puanteur (les voisines y étant intéressées autant que la malade elle-même) et aussi pour faciliter l'émission des urines et des selles, je fis l'ablation palliative avec les ciseaux et la curette de presque toute la masse qui remplissait le vagin. La paroi antérieure était complètement respectée mais le néoplasme couvrait dans toute son étendue la paroi postérieure. Cette opération palliative soulagea beaucoup la malade; dans le vagin déblayé on put faire des injections modificatrices; la mauvaise odeur s'atténua beaucoup et la pauvre femme fut soulagée temporairement.

Au commencement d'août, son état était déjà pire qu'avant, le rectum aplati, effacé, livrait passage à grand'peine aux matières fécales, et seulement après des purgatifs. Il avait fallu renoncer aux lavements, les canules ne pouvant aller au delà de la zone sphinctérienne. A la surface ulcérée du néoplasme se produisait un écoulement séro-gommeux très fétide, sécrété avec une abondance extrême et empesant chaque jour plusieurs alèzes.

Plusieurs ganglions s'étaient montrés dans les deux aines, et des tumeurs secondaires en chapelet avaient fait leur apparition dans l'épaisseur de la paroi abdominale, au-dessus de la crête iliaque et de l'arcade crurale du côté gauche. La malade déclina lentement et succomba seulement le 18 septembre.

L'autopsie a montré qu'il n'existait pas d'autres noyaux secondaires que ceux dont la présence avait été reconnue par l'examen clinique.

Tous les viscères étaient sains, de même que les os du crâne, du rachis, du bassin et des membres. Les parties molles du bassin ont été enlevées en bloc, et une section verticale antéro-postérieure montré parfaitement l'aspect des lésions.

L'utérus, peu volumineux, est refoulé en haut et en avant, et fixé au-dessus de la tumeur dont il est resté indépendant. Il contient deux fibromes gros comme des noix.

La vessie, l'urètre, la paroi antérieure du vagin sont intacts. La cavité rectale est aplatie, comblée par la saillie du néoplasme. La muqueuse rectale n'est nulle part ulcérée, mais elle a perdu sa mobilité et fait corps avec la tumeur. Celle-ci distend considérablement le vagin comme aurait pu

le faire un injection solidifiable. La base d'implantation s'étend depuis le fond du cul-de-sac postérieur jusqu'à la vulve, et dans le sens transversal occupe la demi-circonférence postérieure du conduit. Le col utérin refoulé et effacé est complètement intact. La vulve est également respectée. Les ganglions pelviens ne semblent pas ulcérés, les ligaments larges sont restés souples et normaux.

Sur la coupe le tissu de la tumeur présente une teinte blanchâtre, teinte de gris bleuâtre.

Les noyaux secondaires de la paroi ont une teinte plus foncée, abdominale, ils sont dans l'épaisseur de la couche musculo-aponévrotique. La plupart des ganglions inguinaux des deux côtés présentent le même aspect.

OBSERVATION IV

(Schwartz. — Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie, séance du 6 juillet 1900.)

Sarcome angioplastique du vagin.

Mort par hémorragie

Nous avons observé, il y a dix-huit-mois, un cas de tumeur du vagin qui nous a frappé par la rapidité à son évolution, la gravité des accidents et sa terminaison pour ainsi dire foudroyante. C'était la première fois que nous nous trouvions en face d'accidents de ce genre. Nous avons recherché s'il n'existait pas d'autres observations semblables et nous avons pu en trouver une, presque calquée sur la nôtre, rapportée à la Société anatomique par Alglave et Milian. Voici le fait que nous avons observé :

M^{me} P..., âgée de vingt-quatre ans, blanchisseuse, entre

dans notre service le 30 décembre 1898 pour des métrorragies auxquelles on a essayé de remédier par un tamponnement. Comme antécédents héréditaires : parents morts de la tuberculose ; un frère mort du carreau. Elle même n'a jamais fait de maladies graves. Elle a été réglée à seize ans, à dix-huit ans elle aurait eu, sans raisons, une perte très forte (fausse couche probable).

Le premier accouchement a lieu à vingt-trois ans. Il se passe très bien ; il n'y a eu aucune suite de couches ; elle nourrit son enfant et reste cinq mois sans revoir ses règles. Celles-ci reviennent au bout de ce temps, puis disparaissent de nouveau pendant deux mois. Le 29 novembre la malade fait une fausse couche, d'après l'avis du médecin qui la soigne. Depuis, elle a des métrorragies continues et très abondantes.

Lorsqu'elle nous est amenée, elle est absolument anémiée, blanche comme un linge, très affaiblie.

A l'examen on constate, après avoir enlevé du vagin les caillots récents qui le remplissent, la présence d'une ulcération siégeant à la partie supérieure de cul-de-sac latéral droit ; cette ulcération molle, déchiquetée, de la surface d'une pièce de 5 francs envahit le cul-de-sac et la partie supérieure du vagin sans toucher un col ; elle saigne abondamment, et on voit émerger un petit jet artériel, mais tous les efforts pour pincer le petit vaisseau restent infructueux. On y applique un tampon pour continuer l'examen, qui montre sur la paroi antérieure, contre la symphyse pubienne, un second noyau néoplasique gros comme une amande ; il semble comprimer l'urètre, car la malade urine

par regorgement. Absence de lésions du côté de l'abdomen, pas de ganglions.

Nous portons le diagnostic de tumeur maligne et procédons immédiatement à un tamponnement rigoureux. Celui-ci arrête l'hémorragie. La malade est sondée. On lui administre des injections sous-cutanées de sérum artificiel, on lui fait en même temps des piqûres d'ergotine.

Il est impossible de songer à une ablation, à cause de la généralisation du mal à tout le vagin, et surtout de l'état de faiblesse profonde dans lequel se trouve la malade.

On essaie de la remonter ; elle semble aller mieux quand, le 5 janvier, malgré un tamponnement serré, elle est reprise la nuit d'une violente hémorragie. On cautérise fortement au thermocautère l'ulcération qui saigne, on retamponne. Cette fois, malgré les injections de sérum artificiel, etc., la malade meurt avant que nous ayons pu lui faire la ligature des hypogastriques que nous avions projetée.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après, nous montra les lésions suivantes : le vagin présente les deux noyaux que nous avons trouvés pendant l'examen, dont l'un, le supérieur, est largement ulcéré ; mais il y en a en outre deux petits, gros comme des pois, sur les parois latérales. Le vagin est mis de côté pour un examen microscopique. Il n'a d'ailleurs aucune adhérence au rectum. L'utérus est sain ; aucune lésion apparente de sa muqueuse ni de son parenchyme. Aucun ganglion dans le petit bassin. Aucune généralisation viscérale. La tumeur ulcérée du vagin se présente à la coupe comme un tissu caverneux ayant la coloration, l'aspect du tissu de la coupe des autres noyaux disséminés. L'examen histologique des coupes montre qu'il s'agit

d'un sarcome angioplastique à cellules rondes. On y trouve en grande quantité des vaisseaux et de grandes cellules vasoformatives en voie d'évolution et d'accroissement rapide ; de plus, des amas de petites cellules rondes à gros noyaux.

Cette observation, et celle publiée par Alglave et Milian « sont, comme nous l'avons dit, presque superposables comme rapidité d'évolution, accidents, et comme nature du néoplasme en cause ; toutefois dans celle d'Alglave et Milian, aux hémorragies se sont surajoutés des signes d'infection grave provenant du sphacèle des tumeurs du vagin.

» L'on est véritablement frappé, quand on les lit, de l'évolution foudroyante, de la succession et de la gravité des hémorragies, qu'on cherche en vain à arrêter par les procédés habituels et qui tuent au bout de quelques semaines les malheureuses qui sont atteintes de cette variété de tumeurs. »

Après un résumé de l'observation d'Alglave et Milian (que nous avons reproduite *in extenso*), M. Schwartz analyse les observations de Steinthal (Czerny) 1888, de Kalustow (Moscou) 1891, de Franke et de Jung, que l'on retrouvera parmi les observations d'origine étrangère. Et voici quelles sont les conclusions de M. Ed. Schwartz ;

« En somme, sur 6 cas de sarcomes angioplastiques du vagin, 3 fois il s'agit de femmes jeunes (vingt-trois, vingt-quatre, trente-deux ans) ; 3 fois de femmes de cinquante et un, cinquante-deux, cin-

quante-cinq ans, et 4 sont encore en pleine évolution sexuelle ; 2 ont eu leur ménopause depuis six et onze ans.

« Chez toutes le symptôme dominant a été l'hémorragie ; hémorragies profuses ; chez 4 au moins la tumeur s'est ulcérée, même sphacélée, d'où une septicémie plus ou moins grave surajoutée chez 2 au moins d'entre elles.

« Il peut y avoir tumeur unique, plus souvent plusieurs noyaux sont disséminés dans le vagin, développés dans la sous-muqueuse, n'ayant ulcéré que secondairement la muqueuse, sans adhérences, au début du moins, à la vessie et au rectum.

« Récidive toujours, si la mort n'a pas été amenée par les accidents hémorragiques ou septiques.

« Cette récidive est la règle dans les sarcomes du vagin en général, puisque sur la trentaine de cas cités, Veit ne connaît que deux cas où la récidive ne soit pas survenue au bout de cinq et de onze ans.

« En somme, tumeur maligne au premier chef, et pouvant tuer très rapidement en quelques semaines par les hémorragies profuses, comme dans notre cas ; par les hémorragies et la septicémie, comme dans ceux de Polaillon et de Kalustow.

« Dans les autres observations, malgré des interventions larges, la récidive est rapide, et malgré tout ce qui a été fait, la maladie aboutit à une terminaison fatale.

« Quelle conduite tenir ?

« Malgré tout, comme au début du moins les sar-

comes du vagin développés dans le tissu sous-muqueux paraissent localisés, non envahissants du côté du rectum ou de la vessie, l'opération est formellement indiquée, du moment qu'on pourra enlever largement le mal par une résection ou une ablation totale du vagin. Plus elle sera précoce, mieux cela vaudra. Malheureusement, nous voyons qu'assez souvent, quand les malades viennent au chirurgien, les lésions sont avancées: il y a des noyaux multiples, des métastases et contre-indications de par l'état général et par l'état local.

« Contre les formes hémorragiques comme celles de notre observation, celle de l'observation de Polailon, de Nulustow, de Franke, que faire quand on ne peut intervenir ?

« Considérant l'impuissance de tous les traitements employés, nous avons songé à la ligature des deux hypogastriques, et tout était préparé quand la malade succomba.

« Aurions-nous de la sorte arrêté le sang ? Peut-être temporairement, probablement pas d'une façon définitive si la malade avait résisté à l'intervention grave que constitue la ligature des deux hypogastriques. »

OBSERVATION V

(Rollin. — Thèse de Paris, 1904-1905.)

Il s'agit d'une malade de trente-cinq ans qui, depuis cinq mois, présentait sur la paroi antérieure du vagin une tumeur du volume d'une grosse noix, ne provoquant ni douleurs, ni

écoulements, ni troubles de la miction. C'est à l'occasion de l'augmentation soudaine du volume de cette tumeur, s'accompagnant de douleurs, élévation de température, gonflement œdémateux, que la malade consulte M. le D^r Ricard, qui pensa tout d'abord à un kyste enflammé du vagin, tellement nette était la sensation de fluctuation.

Une incision verticale et médiane permit d'arriver sur cette tumeur, qui fut facilement énucléée, après dissection de la paroi vaginale. La plaie fut suturée en un seul plan embrassant toute l'épaisseur de la paroi et ne laissant pas d'espaces morts. La guérison se fit rapidement et sans incidents.

La tumeur, qui nous a été remise grâce à l'obligeance de notre collègue et ami, H. Petit, a le volume d'une petite orange, avec de légères saillies nodulaires qui la rendent irrégulière.

Elle est assez ferme mais ne présente pas la dureté du fibrome et son tissu se déchire avec assez de facilité.

Examen histologique (professeur Cornil). — Les coupes pratiquées dans un fragment durci à l'alcool à 90 degrés sont colorées par le mélange de Van Gieson. Elles montrent que la tumeur est constituée par une charpente fibreuse qui présente quelques grandes travées d'ailleurs peu épaisses, contenant des vaisseaux anciens.

Entre les filaments du tissu conjonctif, on trouve des cellules allongées, claires, à protoplasme réticulé, filamenteux, cellules d'apparence fibroblastique, munies de gros noyaux très longs de forme ovoïde.

Lorsque la section passe suivant la longueur des faisceaux, toutes les cellules de nouvelle formation sont vues longitu-

dinalement parallèles les unes aux autres ; lorsque, au contraire, la section est perpendiculaire aux faisceaux, on a des cellules coupées en travers, logées dans des mailles arrondies limitées par du tissu conjonctif extrêmement fin.

Dans les parties coupées en travers, on trouve des travées fibreuses qui limitent des espaces présentant du fibrilles très minces réticulées et contenant une cellule dans chacun des alvéoles ainsi formés ; quelques-uns sont vides.

Les vaisseaux contenus dans les larges travées fibreuses signalées plus haut présentent une paroi bien nette, soutenue par du tissu conjonctif. Les vaisseaux capillaires, situés dans les zones à tissu cellulaire très mince, sont réduits à leur membrane endothéliale, limitée aussi par un peu de tissu conjonctif très aminci.

Il s'agit d'un sarcome dans lequel le tissu fibreux rentre pour une assez large part ; les cellules sarcomateuses sont allongées et répondent au type du sarcome à cellules fusiformes.

Nous serions donc tenté d'expliquer l'augmentation brusque et rapide du volume de cette tumeur par un accroissement soudain et une néoformation intense des cellules sarcomateuses jeunes au sein du tissu néoplasique.

OBSERVATION VI

(Potherat. — Société de Chirurgie de Paris.) (1906)

Tumeur solide du vagin

Les tumeurs solides du vagin développées dans les parois du vagin ne sont pas fréquentes ; c'est ce qui m'incite à vous présenter la pièce suivante, que j'ai enlevée ce matin même

à une demoiselle de trente-cinq ans dans mon service de l'hôpital Bon-Secours.

Cette tumeur qui a une forme rappelant assez exactement celle d'un rein, mesure 0 m. 14 de long, 0 m. 10 de large, 0 m. 05 d'épaisseur. Elle est un peu lobulée à sa surface, ce qui lui donne encore plus de ressemblance avec un rein atteint d'hypertrophie totale. Son poids est de 325 gr. La consistance de cette tumeur est homogène, surtout la même, molle, presque fluctuante et, avant l'opération, on a pu croire à une tumeur réellement fluctuante. L'erreur était d'autant plus facile qu'il fallait explorer cette tumeur au fond du vagin.

Cette tumeur était sous-muqueuse, adhérente à la muqueuse qui recouvrait sur la presque totalité de son étendue. Elle était sessile, mais pédiculisable, et insérée sur la paroi antérieure du vagin, au-dessous et en arrière de la symphyse pubienne, un peu sur la droite du canal de l'urètre. Indépendante de la vessie, de l'urètre et de l'utérus, elle s'étendait depuis le col utérin, distinct et nettement indépendant jusqu'à quelques millimètres du méat urétral.

Elle fut très facilement énucléée à l'aide du doigt, après incision de la muqueuse vaginale à la périphérie de la tumeur, près de son insertion, grâce à un tissu cellulaire lâche qui la séparait des tissus circonvoisins et dans lequel cheminaient les vaisseaux servant à la nutrition de la tumeur, vaisseaux d'ailleurs peu importants, car ils n'ont nécessité aucune ligature, leur déchirure ayant suffi à amener l'hémostase.

Je fis un léger capitonnage au fond de la cavité d'inser-

tion de la tumeur, par-dessus laquelle je réunis complètement la muqueuse vaginale.

A la coupe, cette tumeur a un aspect charnu, homogène, sans aucun point d'aspect macroscopique différent à la vue ou au toucher. Il semble bien qu'il s'agisse d'un myome, d'un fibro-myome ou d'un sarcome globo-cellulaire ; toute, fois le microscope seul pourra nous fixer sur ce point, j'ai mis de côté deux morceaux de la tumeur pour cette analyse histologique, que j'aurai l'honneur de vous faire connaître plus tard.

L'histoire clinique de cette tumeur est assez obscure. Cette malade a été opérée il y a quatre ans, pour un prolapsus de l'utérus, nous dit-elle ; effectivement, depuis six mois auparavant une grosseur lui sortait du vagin quand elle faisait un effort, en particulier pendant la défécation, grosseur qu'elle faisait réduire par son médecin.

On lui fit une hystéropexie, mais, au bout de six semaines l'utérus était tombé, dit-elle : on fit une nouvelle laparotomie avec drainage cette fois, mais le prolapsus se reproduisit encore. C'est ce qu'elle raconte ; son opérateur me dit lui avoir pratiqué une hystéropexie pour rétroflexion, et n'avoir constaté une tumeur vaginale du volume d'une mandarine qu'assez longtemps après.

Toujours est-il que depuis trois ans, deux ans surtout, la malade perdait constamment de l'eau sale, du sang, des matières puriformes, sans toutefois éprouver des douleurs. Les règles se font normalement, du moins il y a périodiquement des pertes de sang plus abondantes.

Il ne sort jamais plus de masse au dehors, mais la canule

à injection lutte de suite contre quelque chose qui s'oppose à sa pénétration. Pas de troubles urinaires ni rectaux.

A l'examen, le ventre est normal; il y a, sur la ligne médiane, une cicatrice des laparotomies antérieures.

Au toucher on sent de suite une énorme tumeur puriforme régulière, lisse à grosse extrémité intra-vaginale, à petite extrémité tournée en haut. Le doigt fait aisément le tour de la tumeur; il s'écoule en abondance un liquide sanieux, puriforme et hémorragique, sans trop mauvaise odeur.

L'idée qui venait de suite à l'esprit était qu'il s'agissait là d'un polype utérin. Il était toutefois important d'arriver au pédicule; ce ne fut pas chose facile, vous le concevez; la tumeur était grosse et l'utérus haut situé, grâce à l'hystéropexie antérieure. Je pus parvenir cependant au fond du vagin, et je sentis un col petit, rond, virginal, absolument sain. Quant au pédicule de la tumeur, il était inséré sur la paroi antérieure du vagin, en avant et un peu à droite du col utérin et jusqu'auprès de l'orifice vulvaire.

Ce ne pouvait évidemment pas être là un polype utérin; qu'était-ce? Cela n'avait ni l'aspect, ni la consistance, ni le volume habituel d'un kyste du vagin. Le cathétérisme urétral montrait que la vessie se portait en haut et à gauche; elle était indépendante de la tumeur; ce ne pouvait donc être là un diverticule de ce réservoir, comme celui que nous présentâ, il y a huit jours, mon ami Chaput.

Le diagnostic restait donc obscur, mais l'indication était formelle d'intervenir. J'y procédai, de la manière que je vous ai rapportée plus haut, sans difficulté. En quelques minutes la tumeur que j'avais d'abord accouchée hors du vagin, était énucléée.

Les tumeurs solides de cette région, avec une semblable évolution, sont exceptionnelles ; c'est la première fois que j'observe personnellement un cas de cette nature.

Dans la séance du 25 juillet suivant, M. Potherat donne communication à la Société de Chirurgie des résultats de l'examen histologique.

« Cet examen, nous dit-il, a été pratiqué par mon interne, M. Bonvoisin, et par M. Fiessinger, interne de mon collègue de Broussais, M. Cettinger. Il nous montre, sur les préparations microscopiques, un abondant tissu conjonctif adulte fibrillaire, infiltré d'une grande quantité d'éléments embryonnaires, disséminés partout, mais plus abondants au fur et à mesure que l'on se rapproche de la surface libre de la tumeur. Il ne s'agit donc ni d'un fibro-myome, ni d'un myome.

» Je rappelle que cette tumeur, recouverte par la muqueuse vaginale soulevée et adhérente, voire même ulcérée, seulement sur la portion libre dans le canal vaginal, prenait son origine dans la paroi antérieure du vagin, à droite du canal de l'urètre refoulé à gauche, vis-à-vis de la symphyse pubienne, dont elle était absolument indépendante. J'ajoute, pour répondre à l'idée qui pourrait se produire, qu'il s'agit là d'une tumeur venue des parois utérines, et séparées secondairement de celle-ci, que la tumeur n'avait aucune connexion, même vasculaire, avec l'utérus, et que le Dr Ferrand, de Rennes, qui, il y a quatre ans, avait pratiqué chez cette jeune femme

une hystéropexie pour rétroversion utérine et auquel j'ai demandé des renseignements, n'avait, au cours de son opération, constaté aucune tumeur ni vaginale, ni utérine, ni annexielle même petite.

» Par son siège, par son origine, par sa nature histologique, la tumeur que je vous ai présentée n'appartient donc pas à l'utérus. C'est bien une tumeur du vagin lui-même. »

La malade à laquelle cette tumeur avait été enlevée est aujourd'hui guérie.

OBSERVATION VII

(Bajardi. — *Annales d'Obst. et de Gyn. de Milan*, 1880.)

Femme de vingt-cinq ans, mariée, primipare ; au cinquième mois de grossesse elle se plaint de douleurs et de sensation de corps étranger dans le vagin. A l'examen au cours du huitième mois on trouve entre les petites lèvres une tumeur rattachée à la paroi vaginale postérieure. Section du pédicule. Accouchement normal. Trois mois après, douleurs et écoulements vaginaux ; récurrence : la tumeur est du volume d'un œuf de poule, d'une coloration rouge pâle, non ulcérée sur la paroi postérieure ; on trouve en outre un nodule sur la paroi opposée. Métastases dans les ganglions inguinaux axillaires et cervicaux ainsi que dans la peau du thorax et de l'abdomen, dans les poumons et le péritoine. Mort. Pas d'autopsie.

OBSERVATION VIII

(Castelin. — *Bulletin médical du Nord*, 1861, p. 256.)

Femme de cinquante-deux ans, multipare, présentant des douleurs lombo-abdominales, des difficultés de la marche et des hémorragies abondantes. On constate faisant saillie à la vulve, une tumeur douloureuse, violacée, piriforme, élastique. Ligature du pédicule et section à l'écraseur.

Examen microscopique. — Tumeur à cellules fibroplastiques, revêtue par l'épithélium vaginal épaissi.

OBSERVATION IX

(Franke. — *Virchow's Archiv*. Bd. CLIV, p. 313.)

Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans, ayant eu quatre enfants et en ménopause depuis six ans.

Tumeur de la paroi postérieure du vagin sans adhérence au rectum. Hémorragies profuses. Opérée par Olshausen. Grave hémorragie pendant l'opération.

Récidive trois mois après avec une fistule néoplasique recto-vaginale. L'opération après laquelle la malade récidive encore est suivie sans qu'une terminaison soit notée.

Il s'agissait d'un angio-sarcome.

OBSERVATION X

(Sung. — *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynækologie*. Bd. IX, H f t. 3, p. 373.)

Femme de cinquante-deux ans, accouchée quatre fois, en ménopause depuis onze ans. Tumeur ulcérée sur la paroi

vaginale antérieure s'étendant à droite sans ganglions inguinaux. On lui fait trois interventions successives ; récidive chaque fois ; envahissement tel la troisième fois que toute intervention est impossible.

Il s'agit d'un sarcome angioplastique à petites cellules rondes.

OBSERVATION XI

(Fränkel. — *Deutsch. Zeitschrift. f. prakt. méd.*, 1875.)

Femme de trente ans, mariée, deux enfants. Au troisième mois de la seconde grossesse une tumeur légèrement douloureuse apparaît sur le côté gauche de l'orifice vaginal. Après l'accouchement, il se produit des pertes purulentes, des hémorragies ; le coït est douloureux et est suivi de pertes sanguines. On constate une tumeur à large base, présentant une petite ulcération et siégeant sur les parois vaginales postérieure et latérale gauche. Pas de ganglions.

Destruction au cautère.

Récidive rapide au même endroit : ulcération envahissant le tiers inférieur de la paroi postérieure ; fistule recto-vaginale, destruction des petites lèvres, envahissement des ganglions inguinaux. Mort. Durée de la maladie : deux ans.

Examen microscopique, — Sarcome à cellules rondes.

OBSERVATION XII

(G. Gatti. — *Giornale della R. Acad. di Medic. di Torino*, juillet 1892, p. 564.)

Femme de trente-quatre ans, opérée cinq mois auparavant d'un polype faisant saillie à la vulve. De nouveau, déve-

loppement d'une tumeur charnue, lisse, rosée, du volume d'un œuf de poule, insérée sur le tiers inférieur de la paroi, vaginale inférieure et herniée entre les petites lèvres.

Extirpation au bistouri.

Examen microscopique. — Sarcome primitif du vagin, formé de faisceaux entre-croisés en divers sens, de cellules fusiformes avec des cellules lymphoïdes. Zones de dégénérescence muqueuse et de véritable tissu myxomateux dans la partie supérieure de la tumeur.

OBSERVATION XIII

(Herzfeld. — *Allgem. Wiener Med. Zeitung*, 1889.)

D. C..., trente-huit ans, multipare (dix enfants).

Tumeur du volume d'un œuf de poule, non ulcérée, siégeant sur la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin, et grossissant depuis quatre mois; pas de douleurs. Utérus gravide.

Extirpation.

Cinq mois après, récidence *in situ* et tumeurs secondaires dans le vagin. La malade refuse l'opération et revient au bout de trois mois avec une grosse masse néoplasique sur la paroi vaginale postérieure et une plus petite sur la paroi antérieure, obstruant complètement le conduit vaginal.

Grosses masses ganglionnaires dans la région inguinale gauche et œdème du membre inférieur du même côté. Troubles de la miction et de la défécation. Fièvre.

Mort. Opération césarienne: extraction d'un enfant mort

Autopsie. — Utérus sain.

Le petit bassin était rempli par une énorme masse s'éten-

dant entre le vagin et le rectum. Métastases dans les poumons, les plèvres et les ganglions inguinaux.

Diagnostic histologique. — Sarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION XIV

(Kalustow. — *Arch. für Gynæk.*, 1891. Bd. XL, p. 499.)

E. S..., vingt-trois ans, deux enfants. Depuis sept mois, pertes de sang continuelles. Apparition d'une tumeur hors du vagin il y a un mois.

L'anémie est extrême, le pouls petit, la langue sèche, la température élevée. Une grosse tumeur est insérée sur la paroi antérieure du vagin, un peu en arrière de l'orifice de l'urètre, jusqu'à la partie supérieure du vagin. Elle est recouverte par un magma escarrifié noirâtre. L'utérus est sain mais augmenté de volume. Il n'y a pas de ganglions.

Au moment où les escarres se détachèrent, il y eut d'abondantes hémorragies. Puis apparaissent des tumeurs secondaires, du volume d'une noisette, au niveau de la fesse et de la cuisse gauche; en même temps, accroissement rapide de la tumeur vaginale qui commence à faire saillir à l'extérieur. Difficulté de la miction. Urines sanglantes. Envahissement du paramétrium à droite.

Pas d'intervention. Mort (infection).

Examen microscopique. — Tumeur très vasculaire. Angio-sarcome à cellules rondes avec quelques cellules fusiformes. La structure des tumeurs secondaires est identique. Il s'agit là d'un sarcome téléangiectasique.

OBSERVATION XV

(Kaschewarowa. — *Vichows' Archiv*. Bd., LIV, 1872, p. 65.)

Jeune fille de quinze ans, pas encore réglée. Elle présente des difficultés de la miction. On constate une tumeur de la grosseur d'une noix, rattachée par un court pédicule à la partie inférieure de la paroi vaginale antérieure. L'utérus est normal.

Rapide récidive *in situ*. Tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, très friable et recouverte par la muqueuse vaginale.

Nouvelle intervention : extirpation partielle.

Mais à la suite, la tumeur prend rapidement des proportions considérables, elle acquiert les dimensions d'une tête de fœtus.

Mort. Durée de la maladie : cinq mois.

Examen microscopique. — Sarcome à cellules fusiformes avec des fibres musculaires striées.

OBSERVATION XVI

(Kaschewarowa, *idem*.)

Il s'agit cette fois d'une multipare. Petite tumeur siégeant à la partie supérieure de la paroi vaginale postérieure ; surface irrégulière et ulcérée. Accroissement lent depuis deux ans en dépit des cautérisations localisées.

Excision.

Examen histologique. — Sarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION XVII

(Langton. — *Hosp. Records. Saint-Barthelemew Hosp.*,
1890.)

M. V..., cinquante-cinq ans. Tumeur sessile à surface ulcérée, siégeant sur la partie inférieure de la paroi vaginale postérieure. Hémorragies et saillie de la tumeur hors la vulve. Utérus sain. Rectum non envahi.

Ablation par énucléation.

Récidive cinq semaines après.

Nouvelle extirpation.

Nouvelle récidive au bout de dix-huit jours.

Ablation.

Repullulation sur place et au niveau de la paroi antérieure du vagin, en moins de cinq semaines.

Diagnostic histologique.— Sarcome à cellules rondes.

OBSERVATION XVIII

(Mendows. — *Obstetr. Trans. Society*, vol.X.)

Célibataire de trente-huit ans. Un enfant de sept ans. Douleurs lombaires : tumeur très friable du volume d'un œuf de dinde, faisant saillie à la vulve, douloureuse et saignant facilement : rattachée à la paroi vaginale antérieure et paraissant s'étendre entre la vessie et l'utérus.

Ablation partielle à l'écraseur.

Mort une semaine après (embolie pulmonaire). Durée de la maladie : quatre mois et demi.

Autopsie. — Pas de tumeurs secondaires.

Examen histologique.— Sarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION XIX

(Menzel. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1885.)

F. S..., trente-neuf ans, multipare. Depuis trois mois, une tumeur sort du vagin. Leucorrhée, puis pertes purulentes puis irritantes. Pas de douleurs. On constate la présence d'une tumeur de la grosseur d'une pomme, rattachée à la paroi abdominale antérieure par une large base. Ulcération. La vessie et l'urètre sont sains.

L'ablation est facile.

Au bout de dix mois, il n'y a pas de récurrence. On constate une grossesse au septième mois.

Examen histologique.— Sarcome à cellules rondes avec quelques cellules fusiformes.

OBSERVATION XX

(W. Rubeska. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1^{er} février 1896.)

Femme de trente-cinq ans, portant depuis trois ans une tumeur au vagin. Dans les trois derniers mois elle se développa rapidement, s'ulcéra, saigna et devint sanieuse. C'était une tumeur cylindrique à extrémité renflée, ulcérée, s'implantant sur la face antérieure du vagin prolabé. Elle présentait la forme d'un gland avec son prépuce, représenté par la muqueuse vaginale entourant le pédicule de la tumeur qui avait 11 centimètres de longueur et 5 à 7 centimètres de largeur. Le reste du vagin était normal.

La tumeur fut enlevée en 1885.

L'an dernier, en 1895, il n'y avait pas trace de récurrence.

Diagnostic histologique.— Sarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION XXI

(Simmons. — *Edinburg Obstetr. Transact.*, vol. X.)

A. M..., dix-neuf ans, mariée, présente des hémorragies depuis sept semaines. Une petite tumeur est sortie du vagin à l'occasion d'un effort. La malade est très anémiée.

On constate une tumeur de la grosseur d'une noix, insérée sur la paroi vaginale postérieure; la muqueuse vaginale qui la recouvre est saine, sauf en un point où on voit une petite escarre.

Excision, sutures.

Hémorragies et récidives trois semaines après l'opération.
Mort un mois après.

Examen microscopique. — Sarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION XXII

(Spiegelberg. — *Arch. für Gynæk.* Bd. IV.)

Femme de cinquante-huit ans, mariée depuis l'âge de vingt-deux ans; pas d'enfants. Ménopause depuis l'âge de quarante ans. Depuis un an, hémorragies de plus en plus abondantes surtout après des exercices.

Tumeur infiltrée, ulcérée, saignant au moindre contact, située sur toute la circonférence inférieure du vagin; on trouve en outre des nodules isolés au milieu de la paroi vaginale postérieure. L'utérus est atrophié et intact. Il n'y a pas de ganglions, ni de généralisations viscérales.

Ablation.

Mort une semaine après (phlegmon de la partie supérieure de la cuisse gauche).

Examen microscopique. — Sarcome à cellules rondes.

OBSERVATION XXIII

(Spiegelberg, *idem.*)

Multipare, quatre enfants dont le dernier est né depuis un an. Au moment de la délivrance, on constate la présence d'une tumeur vaginale qui n'avait apporté aucune gêne à l'accouchement. Cette tumeur du volume d'une noix est située à la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin. **La muqueuse vaginale est normale.**

L'utérus est rétrofléchi et fixé par des adhérences anciennes.

Ablation.

Pas de récurrence après quatre ans.

Examen histologique. — Fibro-sarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION XXIV

(Steinthal. — *Virchows Archiv.* Bd. CXI, p. 449, 1888.)

C. K. ... trente-deux ans, ayant eu trois enfants ; quatre mois avant son entrée à l'hôpital, elle fut délivrée d'une môle hydatiforme après trois mois de grossesse. Depuis trois semaines, hémorragies et saillie d'une tumeur hors la vulve. Cette tumeur qui est ulcérée est du volume d'une noix ; elle siège sur la partie inférieure de la paroi antérieure ; une autre néoplasie également ulcérée du volume d'un œuf de poule est fixée sur la paroi postérieure.

Elles ne saignent pas facilement par les contacts et les frottements. L'utérus est augmenté de volume. Pas de ganglions inguinaux.

Les tumeurs vaginales, n'ayant aucune connexion avec le rectum et la vessie sont enlevées au thermocautère.

Elles reprennent rapidement un volume considérable et une seconde opération devient impossible; la malade meurt peu de temps après.

Durée de la maladie : six semaines.

Diagnostic histologique. — Angio-sarcome.

CONCLUSIONS

I. — Le sarcome du vagin est rare chez la femme adulte. La maladie semble avoir son maximum de fréquence entre trente et quarante ans ; on en a observé cependant quelques cas chez des malades âgées de soixante-dix à quatre-vingts ans.

II. — Anatomiquement le sarcome primitif du vagin peut se présenter soit sous la *forme circonscrite*, évoluant plus ou moins rapidement vers l'ulcération, soit sous la *forme d'infiltration diffuse* pouvant prendre, au cours de son développement, la forme d'un anneau qui obstrue plus ou moins complètement la lumière du conduit vaginal. Histologiquement il s'agit en général de sarcome globo-cellulaire ou fuso-cellulaire, on a signalé plus rarement des myxo-sarcomes et des sarcomes mélaniques.

III. — Au point de vue clinique le sarcome du vagin se traduit surtout par des hémorragies, plus ou moins précoces, plus ou moins abondantes suivant les cas. Les douleurs ne surviennent guère que lorsque la tumeur est volumineuse ou ulcérée. La marche est généralement assez rapide et conduit à

la mort par cachexie dans un délai qui n'excède guère un an ou dix-huit mois.

IV. — Le seul traitement est l'extirpation qui doit être aussi précoce et aussi large que possible. La récurrence est malheureusement la règle et, très habituellement, à brève échéance.

Vu : Le Président de la thèse,

POZZI

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALGLAVE et MILIAN. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, nov. 1898, p. 651.
- BAIARDI. — Annales obst. et gyn. de Milan, 1880.
- BOIVIN (M^{me}) et DUGÈS. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.
- BRAUN (H.). — Ueber die Frauben förmige Sarkome der vagina und der uterus (Inaug. Dissert. Greifswald, 1896).
- CALAVASSY. — Absès du septum uréthro-vaginal. Thèse de Lyon, 1894.
- CASTELIN. — Bulletin médical du Nord, 1861, p. 156.
- CHÉCON. — Gazette des hôpitaux, 30 avril 1887.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. VIII, p. 59.
- FRANKE. — Virchow's Arch. Bd. CLIV, p. 313.
- FRÆNCKEL. — Deutsch Zeitschrift f. prakt. med., 1875.
- GATTI (G.). — Giornale della R. acad. di medic. di torino, juillet 1892, p. 564.
- GRIFFAULT. — Soc. des Sciences médicales de Poitiers.
- HERZSFELD. — Allegem. Wiener Med. Zeitung, 1889.
- HORN. — Zur Kenntniss primärer Scheiden Sarkome bei Erwachsenen (Monat. f. Geb. w. Gyn. Bd. IV, p. 409).
- JUNG. — Monattschrift für Geburtshilfe und Gynækologie. Bd. IX, p. 373.
- KASCHEWAROWA. — Virchow's Archiv., 1872, t. LIV, p. 73.
- KALUSTOW. — Arch. f. Gyn. 1891. Bd. XL, p. 469.
- KOLISKO. — Das polypose surkom in Kindesulter (Wien. Klin. Woch., 1889, n° 6).

- LANGTON. — Hosp Records (Saint-Barthelemew.Hosp., 1890).
- LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie, t. X, p. 587.
- LE DENTU. — Les Sarcomes du vagin dans l'enfance (Leçons de Clinique chirurgicale, 1904, p. 470 et Presse médicale, 21 mai 1904.)
- MARTIN (de Greifswald). — IV^e Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique. Rome, septembre 1902.
- MENDOWS. — Obstetr. Trans. Society, vol. X.
- MENZEL. — Centralbl. für Gynæk. 1885.
- MORESTIN. — Bull. de la Soc. an. de Paris, juin 1898, p. 431.
— Bull. de la Soc. an. de Paris, décembre 1900, p. 1045.
- MUNZ. — Der Frauenartz, 1895.
- ORLOFF. — Contribut. à l'étude des sarcomes des organes génitaux externes. Vracht, 1900.
- PACONA. — Ann. univ. med. chir. Milano, 1887.
- PICH. — Arch. für Gynæk., 1894. Bd. XLVI, p. 191.
- POTHERAT. — Tumeur solide du vagin (Société de Chirurgie, 1906, p. 703 et 757).
- POZZI. — Traité de Gynécologie, 1905, t. II.
- PRIEUR. — Thèse de Paris, 1881.
- ROLLIN. — Revue de Gyn. et de Chir. abd., 1905, p. 1088.
— Thèse de Paris, 1904-1905.
- RUBESKA (W.). — Centralb. f. Gynæk., 1^{er} février 1896.
- SALOMON. — Société de Biologie, 26 octobre 1905.
- SCHWARTZ. — Soc. obst. gyn. et péd., 6 juillet 1900.
- SIMMONS. — Edinburg Obstetr. Transact., vol. X.
- SPIEGELBERG. — Arch. für Gynæk. Bd. IV.
- STEINTHAL. — Virchow's Arch. Bd. CXI, p. 449.
- THOMAS (A.-IVOR). — Brit. med. Journ., 1897, p. 1088.
- Tribune médicale, 14 janvier 1905.
- VEIT. — Handbuch der Gynækologie. Bd. I, p. 354, 1897.
- WILLIAM (J.) et GOOD. — Saint-Bartholemew's Hosp. Rep., 1891, XXVII, p. 97.

